



**INSTITUTO SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE EGAS
MONIZ**

MESTRADO EM PSICOLOGIA FORENSE E CRIMINAL

**MAUS TRATOS NA INFÂNCIA E POSTERIOR CONSUMO DE
SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS**

Trabalho submetido por

Carla Sofia Reis Pereira

Para obtenção do grau de Mestre em Psicologia Forense e Criminal

Trabalho orientado por

Doutor Jorge Cardoso

Outubro de 2013

“Que os vossos esforços desafiem as impossibilidades, lembrai-vos de que as grandes coisas do homem foram conquistadas do que parecia impossível.”

Charles Chaplin

Dedicatória

Dedico esta dissertação de Mestrado aos meus pais, Maria Pereira e João Pereira, por serem uns pais extraordinários que sempre me apoiaram e me deram os melhores conselhos, por terem investido tanto dinheiro em todo o meu percurso académico e também por toda a compreensão e paciência que demonstraram quando eu estava mais cansada e desmotivada.

Obrigada por tudo o que vocês são e por tudo o que vocês fazem por mim todos os dias, pelos vossos sacrifícios, por vocês abdicarem de coisas para eu poder estar onde estou. Vocês são os melhores pais do mundo.

Também dedico esta dissertação ao meu irmão, João Pedro, por ser o melhor irmão, pela sua sabedoria, pela sua força interior e pela sua bondade, que me motiva a ser uma pessoa melhor. Com amor.

Agradecimentos

Quero agradecer à minha amiga e colega de casa, Catarina Neto, pela paciência e compreensão que eu precisava quando estava ansiosa na realização da minha dissertação de mestrado e por toda a amizade demonstrada ao longo destes anos, que incluem muita vocação e crescimento a nível pessoal.

Também fica aqui o meu agradecimento ao meu Orientador de Seminário de Dissertação de Mestrado em Psicologia Forense e Criminal, Prof. Doutor Jorge Cardoso, pelas indicações e por acreditar em mim e nas minhas capacidades. E à Prof. Doutora Noémia Lopes pelo auxílio na concretização da análise de conteúdo.

Agradeço também à Instituição Vitae em Lisboa e ao Gonçalo Quirino pela possibilidade da recolha de dados para a amostra, pois se assim não fosse não conseguiria acabar a Dissertação de Mestrado em Psicologia Forense e Criminal, muito obrigada Gonçalo Quirino.

Fica aqui o meu agradecimento aos meus amigos e colegas de Mestrado: Joana Silva, Ana Romão, Barbara Fernandes e Paulo Rodrigues, por todas as horas passadas em conjunto na sala de estudo e na biblioteca do Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz, pela paciência, pelos risos, pelos choros e pelo companheirismo.

A todas as amigas mais importantes que fiz no Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz: Rute Paula, Mónica Tavares, Rafaela Morgado, André Ribeiro, Júlia do Couto, Luís Carvalho, Alexandra Ribeiro, António Cabral, Joana Pinheiro, Cristina Veloso, Pedro Costa, Joana Silva, Ana Romão, Barbara Fernandes, Vanessa Tavares, Rute Ragageles, Paulo Rodrigues e Pedro Garnacho.

Agradeço à Catarina Pereira por ser a minha amiga mais antiga de Almada. Foi a primeira amizade que fiz quando cheguei aqui, não conhecia nada nem ninguém e ela acolheu-me, e por isso agradeço-lhe do fundo do meu coração por ser quem é para mim.

Muito obrigada à Rute Ragageles e à Vanessa Tavares por todos os anos de faculdade e de amizade, lutas e vitórias. Conseguimos vencer, somos fortes.

Por último mas não menos importante, agradeço à Daniela Acabado, à Patrícia Rodrigues, à Patrícia Teles, à Joana Salgueiro, à Marta Molho, à Maria Barreto, à Raquel Manito, ao Pedro Garcia, ao Bruno Diogo, ao João Capela, ao Luís Dias, ao José Machado, ao Tiago Bebian, ao Filipe Maurício e ao Diogo Correia por serem meus amigos desde o início dos tempos e até ao fim dos tempos. Por todos os anos, por todas as vitórias, por todas as derrotas e por todos os conselhos.

Resumo

A relação entre os maus tratos praticados na infância e o posterior consumo de substâncias psicoativas é uma temática que tem despertado interesse de vários investigadores designadamente no que concerne à caracterização dos maus tratos, sua frequência e severidade. De mesmo modo, tem-se verificado uma preocupação investigacional com a análise dos tipos de consumos de substâncias psicoativas por sujeitos que foram vítimas de maus tratos.

Este estudo apresenta os seguintes objetivos: analisar a relação entre a vitimização por maus tratos na infância e o posterior consumo de substâncias psicoativas; avaliar as diferenças de género em consumidores de substâncias psicoativas que possam ter sido vítimas de maus tratos na infância; avaliar quais os tipos de maus tratos mais frequentes no passado dos dependentes de substâncias psicoativas.

Foi constituída e aplicada uma entrevista semiestruturada com a duração média de 40 minutos, a oito indivíduos que se encontram internados numa Associação de Minimização de Danos, em Lisboa.

Os resultados revelaram que todos os entrevistados sofreram maus tratos na infância, por parte de um ou de mais membros da família nuclear, e que o mau trato praticado mais frequente foi o mau trato físico.

Palavras - chave: Maus tratos na infância; Substâncias psicoativas; Uso-abuso-dependência.

Abstract

The relationship between child maltreatment and the use of psychoactive substances has been an appealing subject-matter especially in what concerns the maltreatment characterization, frequency and severity. Therefore, it has been found an interest for the investigation of the use of psychoactive substance types and the victims of maltreatment during infancy. The main purposes of this research is to analyze the relationship between child maltreatment victimization and the use of psychoactive substances; evaluate gender differences in consumer's victims of child maltreatment; assess which of the maltreatment types were more frequently inflicted during their childhood. A semi-structured interview was developed and conducted with eight individuals admitted in a recovery association, in Lisbon, with an average length of forty minutes. The results have shown that all of the participants experienced child maltreatment by one or more members of their nuclear family and that the physical abuse was the most often inflicted type.

Keywords: Child Maltreatment, Psychoactive Substances, Use, Abuse and Dependency.

Índice Geral

	Página
1. Revisão de Literatura	10- 27
1.1. Substâncias Psicoativas	10 - 14
1.2. Uso de Substâncias Psicoativas	14 - 16
1.3. Abuso de Substâncias Psicoativas	16 – 17
1.4. Dependência de Substâncias Psicoativas	17 - 19
1.5. Maus Tratos	19 - 21
1.6. Maus Tratos e Família	21 - 22
1.7. Relação entre o Consumo de Substâncias Psicoativas e os Maus Tratos na Infância	22 - 27
1.8. Objetivos do Estudo	27
2. Método	28 - 29
2.1. Participantes	28
2.2. Instrumento	28 - 29
2.3. Procedimento	29
3. Resultados / Discussão	30 - 53
4. Conclusão	54 - 55
5. Referências Bibliográficas	56 - 61
6. Anexos	62 - 68

Índice de Tabelas

	Página
Tabela 1: Dimensões/ Categorias – Habitação e Saúde Mental na Família	30
Tabela 2: Dimensões/ Categorias – Idade do 1º Consumo de Substâncias Psicoativas e Motivos do Consumo de Substâncias Psicoativas	31
Tabela 3: Dimensões/ Categorias – Fatores Associados ao Consumo de Substâncias Psicoativas e 1ª Tipo de Substância Psicoativa Consumida	34
Tabela 4: Dimensões/ Categorias – Local do Consumo de Substâncias Psicoativas e Dependências Mais Frequentes	37
Tabela 5: Dimensões/ Categorias – Problemas Decorrentes da Dependência de Substâncias Psicoativas	39
Tabela 6: Dimensões/ Categorias – Tipo de Crime Mais Frequente e Contactos com a Autoridade	42
Tabela 7: Dimensões/ Categorias – Parar o Consumo e Ajuda Terapêutica	45
Tabela 8: Dimensões/ Categorias – Tipo de Maus Tratos Mais Frequentes na Infância e Agressor Mais Frequente	46

Índice de Figuras

	Página
Figura 1: Relação entre a Idade do 1º Consumo de Substâncias Psicoativas e Motivos Mais Frequentes para o Consumo	33
Figura 2: Relação entre os Fatores Associados ao Consumo de Substâncias Psicoativas e o 1º Tipo de Substância Psicoativa Consumida	36
Figura 3: Relação entre o Local de Consumo de Substâncias Psicoativas e Dependências de Substâncias Psicoativas	38
Figura 4: Relação entre o Crime Mais Frequentemente Autoridade	44
Figura 5: Relação entre os Fatores de Risco e a Toxicodependência	49
Figura 6: Relação entre o Tipo de Maus Tratos Mais Frequentes e o Agressor Mais Frequentemente	51

Revisão de Literatura

Substâncias Psicoativas

Segundo o IDT (Instituto da Droga e da Toxicodependência), que brevemente se irá designar SICAD (Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências), nos estudos de 2001 e de 2007 concluiu-se que houve uma subida na prevalência do consumo de substâncias psicoativas ao longo da vida (passou de 8% para 12%). Paralelamente, verificou-se que o consumo de qualquer substância nos últimos trinta dias manteve-se constante (2,5%) (IDT, 2008).

As substâncias psicoativas podem definir-se como uma droga de abuso, um tóxico ou um medicamento de origem natural ou sintética. O indivíduo tem a necessidade consumir substâncias psicoativas e de voltar a consumi-las, porque estas vão alterar o funcionamento do Sistema Nervoso Central (SNC), tendo em conta que existem vários neurotransmissores envolvidos (e.g. serotonina e noradrenalina) que são responsáveis pela excitação, alegria e prazer (Gomes-da-Silva, Lopes, Silva-Araújo, Sousa, & Tavares, 2002; Ferreira-Borges, & Filho, 2008; Griffiths, Lisha, & Sussman, 2011; Morales, Plazas, Sanchez, & Ventura, 2011).

Alguns consumidores de substâncias psicoativas pensam que nem todas as substâncias que consomem provocam dependência, o que faz com que tenham uma maior necessidade de consumirem para ficarem saciados. Consequentemente, devido a esta crença, estes consumidores fazem paragens de consumo abruptas, passivas de fazer aparecer depressão, ansiedade, irritabilidade e desamparo (Griffiths, Lisha, & Sussman, 2011).

Existem diversas substâncias psicoativas que se dividem em dois grupos, lícitas e ilícitas. No grupo das substâncias psicoativas lícitas incluem-se o álcool, a cafeína e a nicotina. Em relação ao grupo das substâncias psicoativas ilícitas, este engloba as anfetaminas, os barbitúricos, as benzodiazepinas, a cannabis, a cocaína, os cogumelos mágicos, o ecstasy, a heroína, o LSD, a mescalina, a morfina, o ópio (DSM-IV-TR, 2006; IDT, 2008).

O álcool é um depressor do SNC, obtido através da fermentação do açúcar, presente em produtos de origem vegetal ou por destilação, sendo administrado por via oral. O indivíduo que está sob o efeito do álcool apresenta vários sintomas, tais como: diminuição da capacidade auditiva e visual, euforia, redução da força muscular, desinibição, descoordenação motora e aumento da capacidade de resposta. O consumo de álcool provoca dependência psíquica e física. Se o indivíduo abusar ou se tornar

dependente desta substância, pode confrontar-se com diversas consequências a longo prazo, tais como: problemas nas relações pessoais e familiares, danos cerebrais, depressão e cirrose (DSM-IV-TR, 2006; IDT, 2008).

A cafeína faz parte da classe das xantinas e é tomada por via oral. Esta substância psicoativa vai atuar no SNC como um estimulante, podendo promover a facilitação no trabalho intelectual, a diminuição da fadiga, o bem-estar e a promoção da relação interpessoal (DSM-IV-TR, 2006; IDT, 2008).

A planta tabaco diversifica-se em diferentes espécies, no entanto a mais conhecida e consumida é a *Nicotina Tabacum*. Existem várias formas de usar esta substância: cigarro, charuto, cachimbo, tabaco de mascar e rapé (nicotina snifada). A nicotina tem propriedades que vão estimular o SNC, deixando o indivíduo mais descontraído para a realização das suas tarefas. O uso da nicotina provoca vários efeitos a curto prazo: aumento da memória, aumento do ritmo cardíaco, perda de apetite e de peso, aumento da frequência respiratória e da tensão arterial. A dependência desta substância provoca a longo prazo: inflamação nos brônquios, irritação nas vias respiratórias, aumento da fadiga e vários tipos de cânceres, principalmente o pulmonar (DSM-IV-TR, 2006; IDT, 2008).

As anfetaminas são estimulantes do SNC, de origem sintética, ou seja, são criadas em laboratório. Estas podem ser administradas oralmente (forma mais comum) ou injetadas. Os sintomas destas substâncias são: euforia, excitação, irritabilidade, insónia, convulsões, ideias paranoides (psicose anfetamínica), alteração do humor, aumento da energia e diminuição do apetite. Por conseguinte, o abuso de anfetaminas provoca dependência psíquica e física. Esta substância psicoativa, a longo prazo, provoca várias consequências: insónia, psicose semelhante à esquizofrenia paranóide, agressividade, perda de apetite, alucinações e perturbações cutâneas (DSM-IV-TR, 2006; IDT, 2008).

Os barbitúricos (e.g. sedativos e calmantes) são administrados por via oral, intravenosa, retal ou por anestesia para combater crises convulsivas agudas. Estas substâncias psicoativas podem ser encontradas em comprimidos, cápsulas, ampolas ou supositórios. Os barbitúricos funcionam como depressores do SNC, provocando várias consequências: diminuição da tensão arterial e dos reflexos, euforia, lentidão da respiração, dilatação das pupilas e diminuição da frequência cardíaca. A dependência dos barbitúricos, a longo prazo no indivíduo, pode levar a: anemia, hepatite, depressão e descoordenação motora (IDT, 2008).

As benzodiazepinas são de origem sintética, tendo propriedades depressoras do SNC. Esta substância psicoativa é administrada por via oral (método mais comum) ou por via intravenosa. As benzodiazepinas provocam efeitos a curto e a longo prazo. A curto prazo: alívio da ansiedade, relaxamento muscular e sonolência; e a longo prazo: apatia excessiva, irritabilidade, náuseas, disforia, tremores e palpitações, danos cerebrais, vertigens, lentidão psíquica e motora, tensão muscular e cefaleias. Estas substâncias psicoativas provocam dependência psíquica e física (IDT, 2008).

A cannabis é extraída da planta *Cannabis Sativa*, existindo em três formas: *Marijuana ou Erva*, *Haxixe* ou *Chamom* e *Óleo de Cannabis* ou *Óleo de Haxixe*. O indivíduo que está sob o efeito da cannabis apresenta vários sintomas: aumento da frequência cardíaca e tensão arterial, euforia, lentidão do pensamento e dos movimentos, aumento do apetite, relaxamento, sonolência, congestão dos vasos conjuntivais, fotofobia, tosse e secura da boca. O consumo de cannabis, seja qual for o seu tipo, provoca dependência psíquica. Esta substância psicoativa provoca diversas consequências a longo prazo: alucinações, pânico, síndrome da motivação, problemas de memória e de aprendizagem, debilitação física, doenças pulmonares e cardíacas (DSM-IV-TR, 2006; IDT, 2008).

A cocaína é um estimulante do SNC, extraída das folhas de *Arbusto de Coca*, apresentando-se sob a forma de cocaína base, pó branco e pasta de cocaína. Esta substância pode ser administrada de várias formas: inalada, fumada ou injetada. A cocaína, a curto prazo, acarreta consequências para o indivíduo, tais como: aumento de autoconfiança, euforia, dilatação das pupilas, irritabilidade, diminuição do apetite, aumento da pressão arterial e ritmo cardíaco acelerado. Se o indivíduo se tornar dependente desta substância, a longo prazo, confrontar-se-á com diversos problemas: agressividade, ansiedade, hemorragias cerebrais, trombozes, impotência, arritmias, problemas respiratórios, ataques de pânico, ulceração do septo nasal e psicose. A cocaína provoca dependência psíquica e física (Gomes-da-Silva, Lopes, Silva-Araújo, Sousa, & Tavares, 2002; DSM-IV-TR, 2006; IDT, 2008).

Os cogumelos mágicos são estimulantes do SNC, sendo administrados por via oral. O indivíduo que está sob o efeito dos cogumelos mágicos apresenta vários sintomas: alterações da percepção visual e auditiva, ilusões, mistura de sensações, alterações de humor, náuseas, vômitos e desorganização do pensamento. Se o indivíduo abusar ou se tornar dependente desta substância psicoativa terá várias consequências a longo prazo: pânico, ansiedade e sintomas paranoides (DSM-IV-TR, 2006; IDT, 2008).

O ecstasy é de origem sintética e apresenta-se sob a forma de cápsulas ou comprimidos de diferentes cores (o MDMA é o componente mais ativo), tendo propriedades que estimulam o SNC. O indivíduo que está sob o efeito desta substância psicoativa apresenta: taquicardia, secura da boca, transpiração, insônia, tremores, câibras, falta de apetite, autoconfiança, euforia, aumento da capacidade comunicativa e dilatação das pupilas. A longo prazo, o ecstasy poderá provocar: cefaleias, fadiga, dores musculares, sonolência, depressão, insuficiência renal aguda, lesões hepáticas, desidratação, agressividade, estados paranoides e psicóticos. O consumo do ecstasy provoca dependência psíquica (DSM-IV-TR, 2006; IDT, 2008).

A heroína é criada em laboratório sob a forma de pó branco ou castanho, ou seja, é de origem sintética, funcionando como depressor do SNC. Esta substância psicoativa torna o indivíduo dependente psíquica e fisicamente. A heroína é administrada por via intravenosa (método mais comum), fumada ou inalada. O consumo de heroína conduz a: alívio da dor e da ansiedade, euforia, mente turva e depressão respiratória. A longo prazo, a dependência de heroína pode trazer diversos problemas: HIV, hepatites, disfunções sexuais, letargia, edema pulmonar, baixa temperatura e risco de morte (DSM-IV-TR, 2006; IDT, 2008).

O LSD é uma substância psicoativa que estimula o SNC, provocando alucinações. Pode ser tomada (por via oral) em quadrados de papel, cápsulas, gotas ou micropontos. Esta substância provoca dependência psíquica e os seus efeitos a curto prazo são: alucinações, pânico, distorção das mensagens enviadas para o cérebro e alterações da percepção. A longo prazo, a dependência do LSD provoca: pânico, alucinações e psicose (IDT, 2008).

A mescalina é uma substância psicoativa retirada de um cato denominado de *Lophophora Wlliansii*. Esta substância pode ser tomada por via oral, intravenosa ou por ingestão. A mescalina é um alucinogénio e, desse modo, um estimulante do SNC. Os indivíduos que estão sob o efeito desta substância psicoativa ouvem, veem e sentem mais intensamente, podem ter tremores, taquicardia, aumento da transpiração, dilatação das pupilas, hipertensão e visão turva. A longo prazo, a mescalina provoca alucinações, pânico e psicoses (IDT, 2008).

A morfina apresenta-se em pó, líquido ou comprimidos e a sua administração é efetuada por via oral ou intravenosa. Esta substância psicoativa provoca efeitos depressores no SNC. Os efeitos a curto prazo caracterizam-se por: euforia, sonolência, analgesia, contração pupilar, depressão respiratória, vômitos e náuseas. Se o indivíduo

se tornar dependente desta substância psicoativa irá ter efeitos a longo prazo, tais como: vômitos, alterações hormonais, euforia, sedação, analgesia e depressão respiratória (IDT, 2008).

O ópio é extraído da papoila *Papaver Somniferum*, podendo ser fumado, bebido ou mastigado. Esta substância psicoativa é um depressor do SNC que provoca analgesia, sonolência, náuseas, vômitos, sensação de tranquilidade e diminuição do sentimento de desconfiança. Se o indivíduo ficar dependente do ópio apresentará consequências de longo prazo: euforia, alterações hormonais, sedação, vômitos, analgesia e depressão respiratória. Tanto os efeitos a curto e a longo prazo desta substância são semelhantes aos da morfina, pois esta é um dos principais constituintes do ópio (IDT, 2008).

As substâncias psicoativas mais comuns, que levam à admissão para tratamento são o álcool, seguido dos opiáceos, cocaína, marijuana e estimulantes, respetivamente (Dalton, 2005).

Uso de Substâncias Psicoativas

O uso de substâncias psicoativas acontece quando os indivíduos as utilizam de uma forma moderada, que não implique riscos e desaprovação social. Contudo, como a maior parte das substâncias são ilícitas, o seu uso não está de acordo com as normas sociais vigentes. Por outras palavras, o uso social moderado é sobretudo realizado por indivíduos que usam as substâncias em baixas quantidades e num contexto social (Ferreira-Borges, & Filho, 2008). Refira-se que os estados emocionais negativos funcionam como agentes de motivação para o uso de substâncias psicoativas (Negreiros, & Santana, 2008).

Existem quatro modelos que explicam o problema do uso de substâncias psicoativas. Esses modelos denominam-se de Jurídico-moral, Médico ou de Saúde Pública, Psicológico ou Psicossocial e Sociológico ou Sociocultural (Vieira, 1999; Luís, & Pillon, 2004).

Em relação ao primeiro modelo (Modelo Jurídico-moral), tem como ponto central as dualidades entre indivíduo/substância psicoativa, legalidade/ilegalidade e uso médico/não médico. Este modelo centra-se na transgressão das normas sociais vigentes, isto é, baseia-se nas causas das atitudes antissociais (e.g. uso de substâncias psicoativas) dos indivíduos transgressores. Esta perspetiva atribui a responsabilidade do uso de substâncias psicoativas exclusivamente ao indivíduo, desde o seu primeiro contacto com as mesmas. O modelo foca-se nas substâncias psicoativas e no seu uso pelo indivíduo, com a finalidade de estabelecer práticas educativas e preventivas para os consumidores.

Através de métodos repressivos, promove o afastamento dos indivíduos da sociedade e também das substâncias psicoativas mais perigosas (Vieira, 1999; Rezende, 2000; Luís, & Pillon, 2004).

No que diz respeito ao segundo modelo (Modelo Médico ou de Saúde Pública), este postula que o uso de substâncias psicoativas produz manifestações físicas que precisam de ser tratadas, percecionando os consumidores como ‘doentes’ que necessitam de ser tratados. Este modelo foca-se no consumo de substâncias psicoativas como uma doença, isto é, defende que os indivíduos que usam este tipo de substâncias ou são vulneráveis ou não, ou estão infetados ou não. Deste modo, estabelece um esquema no qual se enquadram as substâncias psicoativas, o indivíduo e o meio (Vieira, 1999; Rezende, 2000; Luís, & Pillon, 2004).

Relativamente ao terceiro modelo (Modelo Psicológico ou Psicossocial), centra-se no grupo de pares, na família, nos amigos, na sociedade, nas atitudes e nas condutas do indivíduo que influenciam o consumo de substâncias psicoativas. De outra forma, este modelo enfatiza a aprendizagem social, a interação familiar (e.g. pais dependentes de substâncias psicoativas) e as características da personalidade (e.g. baixa autoestima) do indivíduo. Este modelo refere ainda que o indivíduo continuará a consumir este tipo de substâncias enquanto esta revelar alguma função para ele (Vieira, 1999; Rezende, 2000; Luís, & Pillon, 2004).

No que concerne ao quarto modelo (Modelo Sociológico ou Sociocultural), tem como ponto fulcral a cultura, o meio ambiente, os elementos psicológicos e as condições socioeconómicas do indivíduo. Por outras palavras, este modelo explica que o uso de substâncias psicoativas está dependente da sociedade, cultura, crenças, atitudes, desemprego, raça, sexo, religião e ambiente familiar do indivíduo (Vieira, 1999; Rezende, 2000; Luís, & Pillon, 2004).

Segundo Hawkins, Catalano e Miller (1992, citado por Wall & Kohi, 2007) existem vários fatores que levam os indivíduos a usarem substâncias psicoativas: as características do próprio indivíduo (e.g. sentimentos de solidão), da família, do grupo de pares, da comunidade ou das normas da própria cultura. Os indivíduos que têm um percurso escolar e um desempenho escolar positivo, têm menor tendência para usar substâncias psicoativas (Wall, & Kohi, 2007).

Para Andreta e Oliveira (2005, citado por Alves, Canavez, & Canavez, 2010) conviver num contexto onde ocorre o uso de substâncias psicoativas é um fator de risco para esses jovens, mais tarde, consumirem. Também pertencer a uma sociedade onde a

comunicação social “incentiva” o uso de substâncias psicoativas, mesmo que lícitas, influencia os indivíduos a usarem-nas (Alves, Canavez, & Canavez, 2010).

Os sujeitos, para se sentirem aceites, devido à pressão causada pelo grupo de pares, podem começar a usar substâncias psicoativas. Outro dos fatores de risco que levam os indivíduos a usarem substâncias psicoativas remete para o seio familiar (e.g. terem uma família monoparental, terem sofrido de maus tratos na infância e terem uma má relação com os seus cuidadores ou responsáveis). Deste modo, para percebermos o que leva os indivíduos ao uso de substâncias psicoativas não se pode colocar de parte a sua história familiar (Alves, Canavez, & Canavez, 2010).

Abuso de Substâncias Psicoativas

No decorrer do percurso da humanidade, o abuso das substâncias psicoativas teve vários objetivos: medicamentosos, promoção das relações interpessoais, alterações dos estados de humor, alívio da dor, euforia, tranquilidade e combate da fadiga (Castro, 2004). O abuso de substâncias psicoativas constitui um padrão desadaptativo de utilização de substâncias manifestado por consequências adversas, recorrentes e significativas, relacionadas com a utilização repetida deste tipo de substâncias (DSM-IV-TR, 2006).

O ambiente familiar é um fator de risco para o abuso de substâncias psicoativas, visto que, deste muito cedo, determinadas famílias apresentam carências nos cuidados parentais. Contudo, é importante salientar que nem todas as famílias dos abusadores de substâncias psicoativas apresentam este tipo de carências (Matos, 2005; Akinin, & Torrado, 2008).

Normalmente, os indivíduos que têm motivações individuais, necessidade de fuga, necessidade de se sentir aceite pelo grupo de pares, curiosidade, vontade de correr riscos e falta de objetivos de vida a longo prazo são aqueles que mais tendem a abusar de substâncias psicoativas (Morales, Plazas, Sanchez, & Ventura, 2011). O sujeito que abuse de substâncias psicoativas torna-se incapaz de prever com segurança quando o seu comportamento irá ocorrer e quando irá parar (e.g. comportamentos de perda de controle que poderão levar à agressividade), tendo em conta que estas interferem com as suas emoções, alterando as suas atitudes pessoais e interpessoais (Matos, 2005; Griffiths, Lisha, & Sussman, 2010). Deste modo, o abusador de substâncias psicoativas transforma-se em alguém que tem mudanças repentinas de comportamento. Essas mudanças podem ser caracterizadas por condutas agressivas e por falta de interesse e de

motivação em relação às atividades antes desempenhadas, como escolares, profissionais e hobbies (Araújo, 2007).

No que diz respeito à sua atividade laboral, emocional e social, o indivíduo tenderá a perder o interesse, ou seja, não irá ser tão agradável como era anteriormente, podendo envolver-se em situações de perigo e até em atividades criminais (Griffiths, Lisha, & Sussman, 2010).

Existe um padrão de autoadministração repetida, que resulta geralmente da tolerância, abstinência e comportamento compulsivo quanto ao abuso de substâncias psicoativas. O diagnóstico de abuso de substâncias psicoativas pode ser aplicado a todas as classes de substâncias psicoativas, exceto à cafeína. Os sintomas de abuso são semelhantes para as várias categorias de substâncias psicoativas, mas para algumas classes, alguns sintomas são proeminentes e, nalguns casos, nem todos os sintomas se aplicam (DSM-IV-TR, 2006).

Dependência de Substâncias Psicoativas

Cerca de 10% a 15% da população mundial é dependente de substâncias psicoativas (IDT, 2008).

A dependência de substâncias psicoativas ou toxicodependência não é uma problemática recente, tendo-se tornado um fenómeno social bastante presente na sociedade, tanto ao nível pessoal como social. Pode afetar qualquer indivíduo, independentemente da raça, etnia ou condição sociocultural (Gonçalves, 2002).

Para se compreender o que realmente é a dependência de substâncias psicoativas é importante saber qual o significado atribuído à substância psicoativa e que papel desempenha na vida do indivíduo (Hunt, Hoffmann, Rhodes, & Riley, 2003; Araújo, 2007; Wells, 2009; Alegre, 2011). A dependência de substâncias psicoativas traduz-se num conjunto de sintomas cognitivos, fisiológicos e comportamentais, que indicam que o indivíduo continua a utilizar este tipo de substâncias apesar dos problemas que estas lhe acarretam (DSM-IV-TR, 2006). Os sujeitos podem tornar-se dependentes de substâncias psicoativas por vários motivos: descoberta do sentido da vida, descoberta do verdadeiro 'eu', vivência de experiências novas e fuga aos problemas (Rosa, 1998).

Segundo algumas perspetivas, a dependência de substâncias psicoativas traduz-se numa doença crónica do cérebro (Hedgpeth, Liu, & Wojtowicz, 2007; Booth, et al., 2011). Para outros autores, a dependência de substâncias psicoativas é um comportamento inadaptado de utilização de substâncias de abuso, que fazem com que o indivíduo se torne dependente da utilização das mesmas, as quais, repetidamente

tomadas, modificam a sensibilidade orgânica e as funções vegetativas (Hunt, Hoffmann, Rhodes, & Riley, 2003; Luís, Santos, & Santana, 2006; Rosa, 1998).

As mulheres dependentes de substâncias psicoativas apresentam fatores de risco potencializados, tais como: maus tratos físicos e sexuais, negligência e abandono na infância. Deste modo, a intervenção neste tipo de casos deve ser adequada, para se poder entender quais são esses fatores de risco e para que se possa agir no sentido de aumentar os fatores de proteção (Pimenta, 1997; Bonnie, 2006).

Segundo Schaeff (1987, citado por, Griffiths, Lisha, & Sussman, 2010) a tipologia para classificar os comportamentos de dependência de substâncias psicoativas divide-se em dois tipos: o primeiro diz respeito à dependência de substâncias psicoativas que envolve a manipulação do prazer com base na utilização de produtos que são ingeridos; e o segundo consiste numa série de comportamentos potencialmente patológicos que conduzem os indivíduos a alterarem o seu humor para obter prazer, tornando-se dependentes.

Em termos funcionais, a dependência de substâncias de psicoativas é um transtorno cerebral, em conjunto com o meio ambiente e com a aprendizagem social, que vai fazer com que o indivíduo sofra alterações duráveis ao longo do tempo (Nunes, 2010).

Fala-se de tolerância quando o indivíduo tem necessidade de tomar quantidades cada vez maiores para atingir o efeito desejado. Por sua vez, o grau de tolerância vai depender do tipo de substância psicoativa e do seu efeito no SNC (DSM-IV-TR, 2006).

A abstinência remete para o período em que o indivíduo interrompe a tomada de substâncias psicoativas, sentindo uma alteração comportamental. Consequentemente, o indivíduo, como não tolera os sintomas físicos provocados pela abstinência das substâncias psicoativas, volta a tomá-las para aliviar esses mesmos sintomas (DSM-IV-TR, 2006). O comportamento compulsivo é a forma que caracteriza o modo como o sujeito toma a substância psicoativa (DSM-IV-TR, 2006).

Segundo Singer (1995, citado por, Bonnie, 2006) os dependentes de substâncias psicoativas, normalmente têm um envolvimento com o sistema de justiça, devido ao tráfico de substâncias e/ou a prática de crimes para poderem obter dinheiro para comprarem as substâncias.

O indivíduo que seja dependente de substâncias psicoativas sente um conflito interior que o obriga a consumir este tipo de substâncias para perceber os efeitos da mesma e sentir-se bem consigo próprio, mesmo sabendo que está a ter um comportamento errado. Consequentemente, as substâncias psicoativas têm propriedades

químicas que fazem com que o indivíduo sinta necessidade de as consumir, tornando prioritário o seu consumo e deixando de parte a sua atividade laboral, a sua família e os seus amigos. Tendo em conta que o prazer que as substâncias psicoativas lhe dão é suficiente para se sentir bem durante o seu efeito, até vai representar um dos motivos para não querer entrar em programas de tratamento de dependências (Hunt, Hoffmann, Rhodes, & Riley, 2003; Griffiths, Lisha, & Sussman, 2010; Nunes, 2010).

A maioria dos toxicodependentes não recebe tratamento ou porque não o procura ou porque não o quer ou porque as respostas sociais não são suficientes. Alguns destes toxicodependentes tornam-se “parasitas” da sociedade e, deste modo, enverdam por caminhos menos “tradicionais” para atingirem aquilo que querem, como por exemplo dinheiro para comprar mais droga, usando como meio instrumental a agressão (Stewart, & Hoaken, 2003).

Além de todas as consequências que a dependência de substâncias psicoativas acarreta, é importante ter em conta que pode trazer problemas a nível da saúde do próprio indivíduo e da saúde pública, como a transmissão de várias infeções e doenças (e.g. HIV, Hepatite B e C) (Arria, Fuller, Latkin, Strathdee, & Vlahov, 2002).

Maus Tratos

Segundo Magalhães (2001, citado por, Pires, 2005) os maus tratos infantis podem definir-se como qualquer ato físico, psicológico, sexual e negligente praticado de forma premeditada e desadequada, pelos cuidadores ou progenitores da criança. Por conseguinte, vai, com elevada probabilidade, afetar o desenvolvimento físico, psicológico e social da criança.

Existem vários tipos de maus tratos, tais como o mau trato físico, o mau trato psicológico, o mau trato sexual, a negligência, o abandono e a exploração infantil (André, Almeida, & Almeida, 2002; Ferreira, 2002; Pires, 2005; Cruz, 2006; Rodrigues, 2006).

Os maus tratos físicos acontecem quando o cuidador ou responsável pela criança e/ou pelo adolescente provoca lesões graves na vítima, através da força física. De outra forma, os maus tratos físicos são atos intencionais e não acidentais praticados pelos cuidadores ou responsáveis pela criança e/ou adolescente, com a finalidade de infligir dano, que podem deixar marcas e muitas vezes podem provocar a morte (André, Almeida, & Almeida, 2002; Ferreira, 2002; Pires, 2005; Cruz, 2006; Rodrigues, 2006; Gomes, 2008; Carpenter, Faria, Mello, Mello, Price, & Tyrka, 2009; Gao, & Zhai, 2009; Gebara, 2009; Carey, & Senn, 2010; Silva, 2010). Por vezes, os cuidadores ou

responsáveis pela criança e/ou adolescente são carinhosos, mas também são explosivos e, desse modo, a criança e/ou adolescente tende a criar mecanismos de defesa para conseguir sobreviver (Algeri, Portella, & Zottis, 2006).

Os maus tratos psicológicos dão-se quando o cuidador ou responsável pela criança e/ou pelo adolescente não consegue proporcionar um ambiente familiar e um bem-estar emocional e afetivo positivos. Por outras palavras, os maus tratos psicológicos ocorrem quando os cuidadores ou responsáveis têm a intenção de rejeitar, discriminar, ofender, faltar ao respeito, humilhar e punir de forma inadequada a criança e/ou o adolescente (Gomes, 2008; Carpenter, Faria, Mello, Mello, Price, & Tyrka, 2009; Gao, & Zhai, 2009; Gebara, 2009; Carey, & Senn, 2010; Silva, 2010).

Os maus tratos sexuais são atos que comprometem a criança e/ou o adolescente em atividades que implicam a satisfação e a gratificação sexual de outrem, normalmente sob a coação da força ou da ameaça. Isto é, os maus tratos sexuais acontecem quando há uma estimulação sexual, como objeto de satisfação sexual, à criança e/ou adolescente por parte dos cuidadores ou responsáveis (Feerick, Haugaard, & Hien 2002; Gomes, 2008; Carpenter, Faria, Mello, Mello, Price, & Tyrka, 2009; Gao, & Zhai, 2009; Gebara, 2009; Carey, & Senn, 2010; Silva, 2010).

A negligência é um ato de omissão por parte do cuidador ou responsável pela criança e/ou pelo adolescente, que lhe nega supervisão, proteção e alimentação adequadas (Lorenzi, Pontalti, & Flech, 2001; Carpenter, Faria, Mello, Mello, Price, & Tyrka, 2009). Ou seja, a negligência pode traduzir-se na forma de omissão, desrespeito ou falta de cuidados básicos para o desenvolvimento psicológico e físico da criança e/ou adolescente pelos cuidadores ou responsáveis de forma não intencional (e.g. falta de cuidados de higiene, de saúde...) (Gebara, 2009; Silva, 2010).

O abandono remete para a ausência física dos cuidadores ou responsáveis pela criança e/ou adolescente de forma intencional, deixando desamparada e entregue a si própria (André, Almeida, & Almeida, 2002; Gebara, 2009; Silva, 2010).

A exploração infantil acontece quando os cuidares ou responsáveis obrigam a criança e/ou adolescente a trabalhar ao invés de estudar, quando não têm idade adequada para tal (André, Almeida, & Almeida, 2002; Gebara, 2009; Silva, 2010). Este fenómeno é de difícil deteção, visto ocorrer em contextos privados (e.g. casa). As vítimas de maus tratos são alvos fáceis, porque são vulneráveis e frágeis (e.g. crianças). No seio familiar existe um modelo de educação que tende a transmitir à criança a ideia de que os cuidadores ou responsáveis merecem respeito e a criança não (Algeri,

Portella, & Zottis, 2006; Elwyn, Ireland, Park, Smith, & Thornberry, 20012).

Consequentemente, quem sofre maus tratos na infância tem a probabilidade de sequelas a longo prazo, como: baixa autoestima, agressividade, isolamento, baixo rendimento escolar ou profissional, condutas antissociais, maus tratos nos próprios filhos, abuso e dependência de substâncias psicoativas (Gomes, 2008).

Maus Tratos e Família

Os maus tratos em meio familiar tendem a acontecer de forma continuada, uma vez que o cuidador tenta silenciar o ato de agressão, tanto devido à cumplicidade entre os cuidadores, como em virtude do receio que o agressor tem de a vítima o denunciar. Os agressores infligem danos que poderão deixar sequelas nas crianças e/ou adolescentes para toda a vida, sendo estes influenciados por fatores como a frequência, a duração, a idade, o tipo de mau trato e o tipo de relação entre o agressor e a vítima (Miyazaki & Pires, 2005; Day, Hart, & Wanklyn, 2012). Existem condições que são preditivas da ocorrência de maus tratos que se relacionam com a família, com a vítima e com o agressor (Miyazaki, & Pires, 2005; Austin, Fetzer, Lemmon, & Verrecchia, 2011; Day, Hart, & Wanklyn, 2012).

Em relação às famílias de alto risco, normalmente os progenitores são jovens e a gravidez pode não ter sido desejada, podem ser famílias monoparentais, \podem ter tido maus cuidados durante a gravidez e pode haver uma exposição direta à violência (Miyazaki, & Pires, 2005). Estas famílias têm problemas de comunicação e de vínculo para com as crianças e, consequentemente, existe uma falta de sensibilidade para as necessidades das crianças (Lidchi, 2004). Outro dos fatores de risco presentes nestas famílias são o uso, o abuso e a dependência de substâncias psicoativas (e.g. álcool e outras substâncias psicoativas) (Lidchi, 2004). Acredita-se que existem fatores de risco em quase todas as famílias, contudo várias perspetivas dão mais ênfase a aspeto como a vivência em extrema pobreza, pois nestas famílias existem maiores probabilidades de as crianças serem expostas a carências, à discórdia, à separação dos progenitores e ao desemprego (Sapienza, & Pedromônico, 2005). Assim sendo, estas famílias têm que ser ajudadas com recursos económicos e materiais (Lidchi, 2004).

No que diz respeito à vítima, esta pode ser uma criança não desejada, pode já existir uma história de maus tratos, o sexo da criança pode ser diferente do desejado pelos progenitores e/ou a falta de condições de saúde, que requeiram maiores cuidados (Miyazaki, & Pires, 2005). Normalmente, a vítima é um alvo vulnerável e, sendo assim, os maus tratos podem-se tornar um ciclo de hierarquias, isto é o marido maltrata a

mulher e a esta maltrata os filhos (Algeri, Portella, & Zottis, 2006). As vítimas de maus tratos revelam consequências a curto e a longo prazo no seu desenvolvimento, como: desajuste social, problemas cognitivos e instabilidade emocional, que começam na adolescência e mantem-se na adultícia. Estas consequências podem resultar num percurso para a dependência de substâncias psicoativas e podem fazer com que o desenvolvimento neurofisiológico seja afetado, originando sequelas na estrutura e funções do cérebro (Mathieson, Reynolds, & Topitzes, 2009; Elwyn, Ireland, Park, Smith, & Thornberry, 2012).

Relativamente ao agressor, este, geralmente, é do sexo masculino e tende a apresentar baixa autoestima, podendo ser dependente de substâncias psicoativas, portador de perturbações psicológicas (Miyazaki, & Pires, 2005) e apresentar história anterior de maus tratos. Ou seja, não lhe foram transmitidos modelos adequados para ajudá-lo a desenvolver técnicas que lhe permitam ser um cuidador eficaz (Lidchi, 2004). Se o agressor for do sexo feminino poderá tratar-se de mulheres neuróticas ou mesmo que apresentem surtos psicóticos. Os agressores podem pertencer a qualquer classe social, religiosa e étnica. Tendem a apresentar baixa tolerância à frustração e fora do contexto familiar também podem ser agressivos (Algeri, Portella, & Zottis, 2006).

As crianças que sofrem maus tratos apresentam consequências a longo prazo na vida adulta (Carpenter, Faria, Mello, Mello, Price, & Tyrka, 2009). Segundo Conger, Ge, Elder, Lorenz e Simons (1994, citados por, Sapienza, & Pedromônico, 2005), Ferreira e Marturano (2002, citados por, Sapienza, & Pedromônico, 2005), Horowitz (1992, citado por, Sapienza, & Pedromônico, 2005) e Melo (1999, citado por, Sapienza, & Pedromônico, 2005) a exposição direta das crianças a fatores de risco que levam aos maus tratos, abarca problemas de comportamento e problemas emocionais que vão fazer com que não desenvolvam comportamentos ‘adequados’. De acordo com vários estudos, a frequência e a gravidade dos maus tratos tendem a aumentar com o avanço dos anos (Cecconello, Antoni, & Koller, 2003; Gomes, 2008; Carpenter, Faria, Mello, Mello, Price, & Tyrka, 2009).

Relação entre Consumo de Substâncias Psicoativas e Maus Tratos na Infância

Segundo Papalaia et al. (2001, citado por Peixoto, 2007) os maus tratos exercidos pelos cuidadores ou progenitores das crianças estão associados a vários fatores como o alcoolismo, o stress, os comportamentos antissociais e a dependência de substâncias psicoativas.

Dentro do seio familiar, a criança e/ou o adolescente constroem a sua personalidade e desenvolvem as suas capacidades. Se o ambiente familiar e o bem-estar da criança e/ou adolescente falharem, por exemplo se sofrerem de maus tratos, estes podem desenvolver condutas desviantes (Farate, 2000). Segundo Gomes (2008) quem sofreu de maus tratos sexuais na infância tem mais probabilidade de consumir substâncias psicoativas, de maneira a se distanciarem emocionalmente dos maus tratos infligidos. De acordo com Lake (1993, citado por Peixoto, 2007) os maus tratos físicos na infância relacionam-se também com a entrada precoce na criminalidade.

Muitas das crianças que sofreram vitimização por maus tratos confrontam-se com a dependência de substâncias psicoativas na idade adulta. Contudo, tem que se ter em conta outros fatores, que estão associados às características do evento traumático (e.g. a intensidade, frequência e duração). Consequentemente, esta experiência tem consequências a longo prazo na criança, afetando todo o seu desenvolvimento comportamental, psicológico e social na adultícia (Pires, 2005). Às crianças que sofrem de maus tratos é lhes difícil controlar as emoções, envolvendo-se em comportamentos delinquentes, agressivos e iniciando o consumo de substâncias psicoativas, tornando-se potenciais dependentes destas substâncias (Cecconello, Antoni, & Koller, 2003; Farate, 2000; Peixoto, 2007; Bates, Dodge, Lansford, & Pettit, 2010; Krausz, Schuetz, Strehlau, & Torchalla, 2012). Deste modo, os maus tratos na infância aumentam a probabilidade de dependência de substâncias (Loper, Mahmoodzadegan, & Warren, 2008).

A relação entre a vitimização por maus tratos na infância e a dependência de substâncias psicoativas é complexa e está associada a vários fatores: doença mental, pobreza e fracas condições habitacionais. Todos estes fatores predispoem para a ocorrência de maus tratos por parte dos cuidadores ou progenitores das crianças (Bonnie, 2006).

Adams, Funk, Godley e McDermeit (2003), bem como Bates, Dodge, Lansford, e Pettit (2010), referem que existe uma relação entre os maus tratos na infância e a dependência de substâncias psicoativas (e.g. o álcool) na adolescência e na adultícia. Esta relação é preocupante, tendo em conta que está relacionada com problemas mais graves, como o envolvimento com o Sistema de Justiça. De acordo com Gebara (2009) essa relação existe, visto que as crianças vítimas de maus tratos (e.g. negligência e abandono) têm uma maior predisposição para tomar medicamentos psicotrópicos e para o abuso de substâncias psicoativas na adultícia. Este autor salienta que estes indivíduos,

vitimizados na infância por maus tratos, abusam de substâncias psicoativas para se refugiarem dos eventos traumáticos por que passaram (Gebara, 2009).

No passado, só 20% da população dependente de substâncias psicoativas eram mulheres e a restante percentagem eram homens. Posteriormente, esta percentagem aumentou e passou para 30 a 35% de mulheres dependentes de substâncias psicoativas (Pimenta, 1997).

As mulheres que se tornaram dependentes de substâncias psicoativas tendem a apresentar vários fatores de risco na infância: maus tratos físicos, maus tratos sexuais, negligência e abandono. Também é importante realçar que existem diferenças entre a forma como as mães e os pais tratavam estas mulheres, sendo que os pais eram considerados como ausentes e fracos enquanto as mães eram consideradas como punitivas e desprovidas de afeto (Pimenta, 1997).

Mais tarde, Dunlap, Golub e Johnson (2003, citado por, Day, Garza, Kim, Larkby, & Parks, 2011) vieram reforçar a ideia de que algumas mulheres que sofreram de maus tratos sexuais na infância tiveram mais dificuldades em ter um percurso académico razoável, um emprego estável e envolveram-se na prostituição e na dependência de substâncias psicoativas. Deste modo, os maus tratos na infância constituem um fator de risco para a dependência de substâncias psicoativas.

Existem vários estudos realizados com a finalidade de comparar os indivíduos dependentes de substâncias psicoativas que sofreram maus tratos na infância e os indivíduos não consumidores com consumidores de substâncias psicoativas em situação de tratamento.

Assim sendo, no estudo de McLellan, Farabee e Crouch (1997, citado por, Gomes, 2008) foi demonstrado que existe uma relação entre o consumo de substâncias psicoativas e os maus tratos. Também foi demonstrada esta relação nos estudos de Carson, Counsil e Volk (1994, citado por, Gomes, 2008), Ladwig e Adersen (1989, citado por, Gomes, 2008), Rohsenow, Corbett e Devine (1988, citado por, Gomes, 2008), sendo que os resultados demonstraram que a vitimização por maus tratos na infância correlaciona-se com a posterior dependência de substâncias psicoativas na adultícia. No estudo de Yamaguchi e Kendel (1984, citado por, Gomes, 2008) foi observado que havia uma associação entre ter sido vítima de maus tratos na infância e consumir substâncias psicoativas como uma estratégia para aliviar os efeitos da depressão.

Nos estudos retrospectivos de Widom, Weiler e Cottler (1999, citado por, Bates, Dodge, Lansford, & Pettit, 2010), de Dennis e Stevens (2003, citado por, Bates, Dodge, Lansford, & Pettit, 2010) e de Hamburger, Leeb e Swahn (2008, citado por, Bates, Dodge, Lansford, & Pettit, 2010) também foi encontrada uma relação entre o uso e a dependência de substâncias psicoativas na adultícia e a vitimização por maus tratos na infância, em amostras clínicas. Especificamente, o estudo de Widom, Weiler e Cottler (1999, citado por, Bates, Dodge, Lansford, & Pettit, 2010), sugere um impacto diferente no sexo do indivíduo e também no tipo de substância psicoativa. Assim sendo as mulheres que relataram ter sofrido de maus sexuais e de negligência na infância, começaram em média a consumir substâncias psicoativas aos 29 anos e, por sua vez, tornaram-se dependentes de substâncias psicoativas aos 40 anos. Por outro lado, os homens que sofreram de maus tratos na infância não abusaram de substâncias psicoativas na adultícia (Bates, Dodge, Lansford, & Pettit, 2010).

Browne et al. (1998, citado por, Pires, & Duran, 2010) estudaram indivíduos que estavam internados em unidades de tratamento por dependência de opiáceos, tendo demonstrado que aqueles que sofreram de maus tratos sexuais na infância começaram a consumir mais cedo opiáceos do que aqueles que não sofreram de vitimização sexual na infância.

McLellan, Farabee e Crouch (1997, citado por, Gomes, 2008) utilizaram uma amostra de 1030 reclusos do sexo masculino e 500 reclusos do sexo feminino, com a finalidade de verificar se havia uma ligação entre os maus tratos e o consumo de substâncias psicoativas, tendo demonstrado que existe uma relação entre o consumo de substâncias psicoativas e a ocorrência de maus tratos na infância. Por sua vez, Siegel e Williams (2003, citado por, Gomes, 2008) recorreram a uma amostra de 206 mulheres e concluíram que as que tinham sofrido na infância maus tratos sexuais apresentam uma maior predisposição para o consumo de substâncias psicoativas.

Englund e Egeland (2009, citado por, Bates, Dodge, Lansford, & Pettit, 2010) referem que os maus tratos físicos, sexuais e a negligência praticados na infância relacionam-se com o consumo de substâncias psicoativas entre os 17 e os 26 anos, idade em que o consumo era mais elevado.

Segundo o *Australian Institute of Criminology* (2004, citado por, Gomes, 2008) com recurso a uma amostra de 470 mulheres reclusas, verificou-se que os maus tratos durante a infância e continuados na vida adulta estão correlacionados com a dependência de substâncias psicoativas, sendo que as vítimas de maus tratos apresentam

consequências durante um grande período de tempo, tendo-se verificado uma forte ligação entre ter sido vítima de maus tratos e, posteriormente, abusar de substâncias psicoativas.

Nos estudos de Simpson e Miller (2002, citado por, Pires, & Duran, 2010) e Najavits et al. (1997, citado por, Pires, & Duran, 2010) existe uma maior prevalência nas mulheres dependentes de substâncias psicoativas que sofreram de maus tratos na infância do que nos homens consumidores.

Num estudo mais recente de Pires e Duran (2010), utilizaram uma amostra de 121 toxicodependentes (60 eram do sexo feminino e 61 eram do sexo masculino), com o objetivo de avaliar e comparar a tipologia de maus tratos na infância, de toxicodependentes, tanto do sexo feminino como do sexo masculino, e analisar se existia uma ligação entre as experiências de abuso de substâncias psicoativas na infância com os níveis de consumo de substâncias psicoativas ao longo da vida. De acordo com os resultados, verifica-se que existe uma relação entre ter sofrido maus tratos na infância e os níveis de consumo de substâncias psicoativas e ser toxicodependente, verificando-se ainda que o tipo de maus tratos com maior prevalência nesta amostra são os maus tratos físicos e os sexuais (Pires, & Duran, 2010).

Segundo o U.S. Department of Health and Human Services National Center on Child Abuse and Neglect (1993, citado por, Clinton-Sherrod, Gibbs, Johnson, Martin, & Rentz, 2008) o abuso de substâncias psicoativas está mais associado com a negligência na infância do que com os maus tratos físicos. Contudo, num estudo de Clinton-Sherrod, Gibbs, Johnson, Martin e Rentz (2008) verificou-se que os relatos que referiam o consumo de álcool e de outras substâncias psicoativas, na infância sofreram mais de maus tratos físicos do que de negligência (46% para 24%) (Clinton-Sherrod, Gibbs, Johnson, Martin, & Rentz, 2008).

Bates, Dodge, Lansford e Petiti (2010) recrutaram crianças que entraram para o jardim-de-infância em 1987 e 1988 em Knoxville e Nashville (Tennessee) e Bloomington (Indiana). Seguidamente, foi perguntado aos pais dessas crianças se queriam participar num estudo longitudinal, juntamente com as suas crianças. A amostra abarcava 585 famílias e com base nas entrevistas analisou-se se estes progenitores maltratavam os seus filhos. Mais tarde, quando estes jovens tinham idades compreendidas entre os 12 e os 24 anos entrevistaram-nas para saberem se consumiam substâncias psicoativas e os resultados obtidos comprovaram que estas abusavam de

substâncias psicoativas e, conseqüentemente, tinham sofrido de maus tratos na infância quando tinham apenas 5 anos.

Tendo em conta todos os estudos apresentados, podemos referir que a investigação demonstra que existe uma forte relação entre o consumo de substâncias psicoativas e os maus tratos na infância. Se não houver uma intervenção nesse sentido, as crianças que foram maltratadas têm um maior risco de consumirem substâncias psicoativas. Deste modo, denota-se de extrema importância que exista uma intervenção adequada a esses dependentes de substâncias psicoativas que sofreram de maus tratos na infância, para que, posteriormente, não maltratem os seus filhos (Wells, 2009; Aarons, Fettes, Green, & Miller, 2011). É preciso encontrar soluções individualizadas para a intervenção em situações de maus tratos, tendo em conta as relações e o modelo de educação de cada família, para que mais tarde estas crianças maltratadas não ingressem por caminhos de dependência de substâncias.

Objetivos do Estudo

Com o presente estudo pretende-se investigar a da relação entre consumir e/ou ser dependente de substâncias psicoativas e ter sido vítima de maus tratos na infância. Também se pretende estudar as diferenças de género numa população consumidora e/ou dependente de substâncias psicoativas, que esteja em tratamento, e que tenha sido vítima de maus tratos na infância. Conseqüentemente, torna-se importante analisar quais os tipos de maus tratos associados, a sua influência, frequência e severidade.

Objetivos do estudo:

1. Analisar se existe alguma relação entre a vitimização por maus tratos na infância e o posterior consumo de substâncias psicoativas.
2. Avaliar se existem diferenças de género em consumidores de substâncias psicoativas que possam ter sido vítimas de maus tratos na infância.
3. Avaliar quais os tipos de maus tratos mais frequentes no passado dos dependentes de substâncias psicoativas.

Assim, o presente estudo visa explorar as dinâmicas que possam existir entre uma eventual exposição a maus tratos, no decurso da infância, e o posterior consumo/dependência de substâncias psicoativas. De forma a concretizar estes objetivos, desenvolveremos uma análise compreensiva das narrativas de sujeitos que se encontram em Associações de Minimização de Danos, analisando os seus trajetos de vida.

Método

Participantes

Participaram no estudo 8 indivíduos que se encontram internados na Associação de Solidariedade Social e de Desenvolvimento Internacional/ Centro de Alcântara – Vitae (Associação de Minimização de Danos) em Lisboa, com idades compreendidas entre os 22 anos e os 46 anos, dos quais 6 pertenciam ao sexo masculino e 2 do sexo feminino. Todos os participantes com a exceção de 1 tinham uma ocupação antes de entrarem para a Instituição.

Instrumento

O instrumento utilizado foi elaborado sob a forma de entrevista. Este instrumento, com um tempo de aplicação de aproximadamente 40 minutos, é uma entrevista semiestruturada (Anexo A) e é composta por questões abertas (e.g. Como reagiu a sua família quando se apercebeu que abusava de substâncias psicoativas?) e fechadas (e.g. Tinha ou tem irmão?), visando que os indivíduos relatem os acontecimentos de forma organizada (Paiva, 2007; Alves, Corredeira, Escudeiro, Mata, & Preto, 2008; Ferreira-Borges, & Filho, 2008; Skinner, 2008; Bazon M. R., Bérghamo, Mello, & Pasian, 2009; Bazon, & Bérghamo, 2011; Pereira, & Santos, 2010; Rios, Schelini, & Williams, 2010).

O guião de entrevista foi adaptado com base na leitura da extensiva literatura (Paiva, 2007; Alves, Corredeira, Escudeiro, Mata, & Preto, 2008; Ferreira-Borges, & Filho, 2008; Skinner, 2008; Bazon M. R., Bérghamo, Mello, & Pasian, 2009; Bazon, & Bérghamo, 2011; Pereira, & Santos, 2010; Rios, Schelini, & Williams, 2010) e encontra-se dividido em quatro fases: 1ª Fase – Estabelecimento da relação que engloba a Apresentação do técnico/Esclarecimento do motivo da entrevista, e a Construção da empatia com o indivíduo; 2ª Fase – Auxiliar o indivíduo a relatar espontaneamente o acontecimento que incluí o Agregado familiar; 3ª Fase – A Entrevista que reúne o Consumo de substâncias psicoativas, o Abuso de substâncias psicoativas, a Dependência de substâncias psicoativas, e os Maus tratos na infância (Maus tratos físicos, Maus tratos psicológicos, Negligência, Exploração infantil e Maus tratos sexuais); e 4ª Fase – Final da entrevista.

Em relação à 1ª Fase, esta inicia-se com a apresentação do técnico que vai conduzir a entrevista, referindo o motivo pelo qual esta é requerida, quais os seus objetivos e, por fim o consentimento informado. Pede-se ainda a autorização para a gravação da entrevista em formato áudio para que não seja perdida nenhuma informação importante.

Esta 1ª Fase, contempla ainda cinco perguntas que remetem para os dados sociodemográficos.

Optou-se por começar desta forma a entrevista com o intuito de se estabelecer a relação empática com o entrevistado (Paiva, 2007).

No que diz respeito à 2ª Fase, esta aborda questões referentes ao agregado familiar do indivíduo e é constituída por cinco perguntas. Esta fase foi elaborada com o objetivo de que o entrevistado comece a ganhar confiança com o técnico e relate mais facilmente o acontecimento (Paiva, 2007).

Relativamente à 3ª Fase, pode dizer-se que é o ponto central da entrevista, remetendo para várias temáticas: o consumo de substâncias psicoativas; o abuso de substâncias psicoativas; a dependência de substâncias psicoativas; os maus tratos na infância que inclui os físicos, os psicológicos, a negligência, a exploração infantil, os sexuais e o abandono. A 3ª Fase pode dizer-se que é a fase mais exaustiva e importante da entrevista, tendo em conta que é a mais longa e que remete de uma forma mais direta para os objetivos do estudo.

Por último, a 4ª Fase constitui o final da entrevista. Nesta parte o técnico agradece ao indivíduo a sua disponibilidade e colaboração para a recolha de dados, referindo que foi bastante importante todas as suas respostas dadas e o seu tempo despendido (Paiva, 2007).

Procedimento

Numa primeira fase foi elaborado o guião de entrevista com recurso à literatura existente sobre maus tratos na infância e toxicodependência na adultícia. Após o guião ter sido revisto pelo orientador de dissertação, foi estabelecido contacto com várias Instituições para tratamento da toxicodependência na zona de Lisboa. Contudo, a única Instituição que deu uma resposta positiva e que se disponibilizou para a recolha de dados da amostra foi a Vitae em Lisboa.

Na Associação Vitae foram entrevistados oito sujeitos toxicodependentes, de forma individual. Cada entrevista teve aproximadamente a duração de 40 minutos.

Após a recolha dos dados realizou-se a transcrição das entrevistas do formato áudio para o formato escrito, para ser feita uma análise de conteúdo e, consequentemente, serem criadas categorias com base no modelo de análise indutiva (construção de categorias através da literatura) e no modelo de análise dedutiva (construção de categorias à priori com recurso ao guião de entrevista), de acordo com os objetivos presentes da investigação.

Resultados/ Discussão

Tabela 1

Dimensões/Categorias – Habitação e Saúde Mental na Família

Dimensões	Habitação	Saúde Mental na Família
Categorias	Viver em casa (4)	Toxicodependência (1)
	Viver na rua (4)	Doença Mental (1)
		Ausência de problemas na saúde mental da família (6)

Nota. Os números entre parênteses representam a frequência com o total de 8 entrevistados

Como base na tabela 1, verificamos que foram criadas dimensões que englobam várias categorias. Essas dimensões são Habitação do entrevistado antes de entrar para a instituição, que inclui as categorias Viver em casa e Viver na rua; e a Saúde Mental na Família do entrevistado, que inclui a Toxicodependência, a Doença Mental e a Ausência de problemas da saúde mental na família.

Se olharmos para a primeira dimensão criada vemos que o número total de entrevistados está dividido em igual parte pelas duas categorias existentes, deste modo quatro entrevistados viviam na rua (Entrevistado D: “Vivia na rua, a droga era a minha companhia.”) e os outros quatro viviam em casa (Entrevistado F: “Vivia com os meus avós”). Assim sendo e tendo em conta o Modelo Sociológico ou Sociocultural, as condições socioeconômicas e o ambiente familiar do indivíduo relacionam-se com o uso de substâncias psicoativas (Vieira, 1999; Rezende, 2000; Luís, & Pillon, 2004).

Na segunda dimensão elaborada, constatamos que um entrevistado tinha problemas de toxicodependência na família, quando relatou que teve fascínio pelo consumo de drogas, porque a mãe e o tio eram toxicodependentes (Entrevistado A: “A minha mãe e o meu tio eram toxicodependentes, convivia muito com eles com o grupo de amigos deles e aquela gente sempre me fascinou, e lançaram um fascínio sobre mim...”). Segundo Andreta e Oliveira (2005, citado por Alves, Canavez, & Canavez, 2010) os indivíduos que se relacionam e que vivem num contexto onde o uso de substâncias psicoativas é comum, torna-se frequente que estes indivíduos consumam substâncias psicoativas (Vieira, 1999; Rezende, 2000; Lidchi, 2004; Luís, & Pillon, 2004; Miayazaki, & Pires, 2005).

Ainda na mesma dimensão, outro dos entrevistados referiu que a sua mãe tinha uma doença mental quando o entrevistador lhe perguntou como era a sua relação familiar na infância (Entrevistado C: “...agora com a minha mãe era completamente diferente, porque a minha mãe é bipolar ou maníaco depressiva... epá tem montes de problemas”). Consequentemente, e com base na literatura, os progenitores podem ser portadores de perturbações psicológicas e, sendo assim, não têm modelos adequados para ajudá-los a desenvolver técnicas que lhe permitam ser cuidadores mais eficazes (Lidchi, 2004; Miyazaki, & Pires, 2005; Bonnie, 2006).

Ainda assim, os restantes seis entrevistados não tinham problemas de saúde mental na família.

Tabela 2

Dimensões/Categorias – Idade do 1º Consumo de Substâncias Psicoativas e Motivos do Consumo de Substâncias Psicoativas

Dimensões	Idade do 1º Consumo	Motivos do Consumo
Categorias	Infância (1)	Solidão (2)
		Fraco desempenho escolar (3)
	Adulícia (1)	Curiosidade (5)
	Adolescência (6)	Fuga aos problemas (5)

Tendo em conta a tabela 2 foram criadas duas dimensões que incluem diversas categorias. Essas dimensões são a Idade do 1º Consumo que engloba a Infância, a Adulícia e a Adolescência como categorias; e os Motivos do Consumo, que englobam a Solidão, o Fraco desempenho escolar, a Curiosidade e a Fuga aos problemas.

Se observarmos a primeira dimensão, reparamos que dos oito entrevistados seis experimentaram a primeira substância psicoativa na adolescência (Entrevistado E: “Tinha 16 anos quando experimentei pela primeira vez algum tipo de drogas.”), enquanto os outros dois experimentaram, um na infância (Entrevistado A: “Tinha 9 anos quando experimentei pela primeira vez, não quer dizer que tivesse consumido regularmente, só foi a minha primeira experiência.”), e o outro na adulícia (Entrevistado B: “Comecei a consumir aos 23 anos drogas.”). Segundo o estudo de Englund e Egeland (2009, citado por Bates, Dodge, Lansford, & Pettit, 2010), os indivíduos que sofreram de maus tratos na infância começaram a consumir substâncias psicoativas entre os 17 e os 26 anos de idade. Deste modo, a literatura vai de encontro

os resultados obtidos, excetuando o entrevistado que começou a usar substâncias psicoativas aos 9 anos de idade.

Na segunda dimensão apresentada nesta tabela, verificamos que apenas dois dos oito entrevistados afirmaram que o motivo mais crucial para terem começado a consumir substâncias psicoativas era o facto de se sentirem sozinhos (Entrevistado D: “Vivia na rua, a droga era a minha companhia.”). Segundo Hawkins, Catalano e Miller (1992, citado por Wall, & Kohi, 2007) existem vários aspetos que levam os sujeitos a usarem substâncias psicoativas. Um desses aspetos pode ser as características do próprio indivíduo (e.g. sentimentos de solidão).

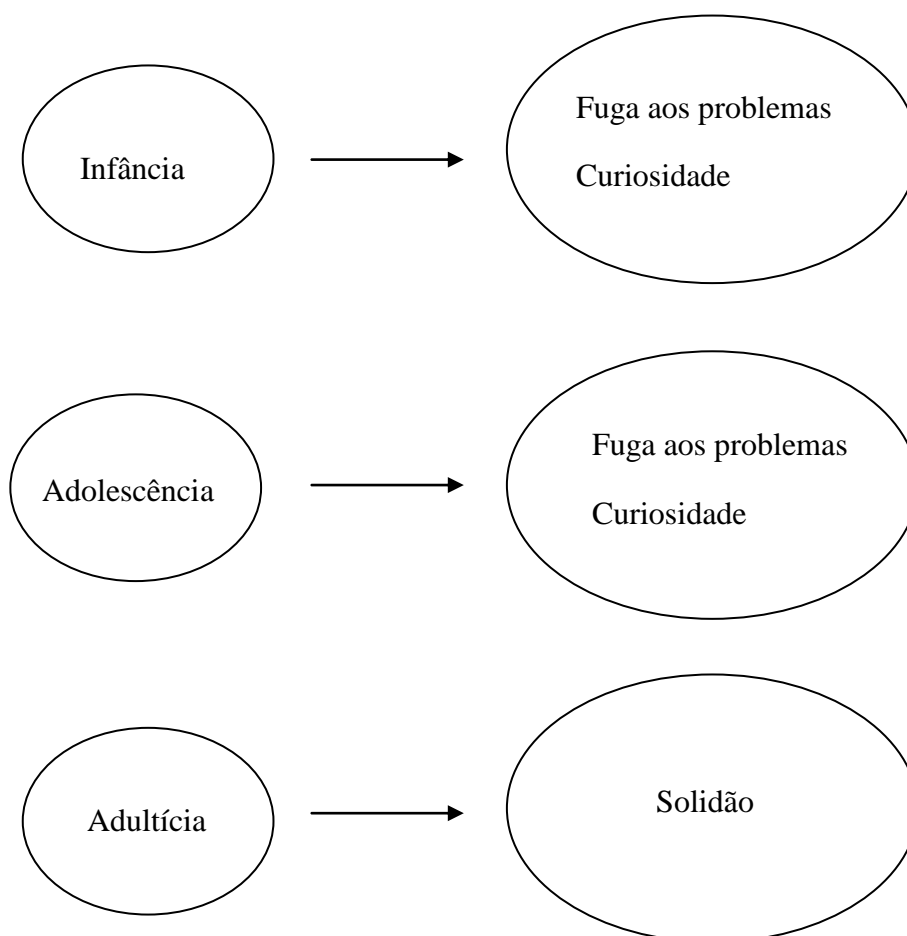
Três entrevistados disseram que um dos motivos que os pode ter influenciado a consumirem algum tipo de substâncias psicoativas foi terem tido um percurso académico fraco (Entrevistado E: “Levou-me a consumir drogas foi os problemas familiares. Uma infância rebelde e um percurso académico um pouco instável.”). Wall e Kohi (2007) referem que os sujeitos que têm um desempenho e um percurso académico negativo têm maior tendência para começarem a usar substâncias psicoativas.

Cinco do número total dos entrevistados disseram que o principal motivo pelo qual tinham experimentado algum tipo de substância psicoativa era devido à curiosidade (Entrevistado F: “Oh ! Era miúdo e tinha muita curiosidade, pensei que desse vida a alguém, que uma pessoa ficava bem, mas não aquilo era uma ilusão.”). A literatura considera que os sujeitos que têm motivações individuais e curiosidade são aqueles que mais tarde tendem a abusar de substâncias psicoativas (Morales, Plazas, Sanchez, & Ventura, 2011).

Cinco dos oito entrevistados também referiram que outro dos motivos mais importantes que despertaram o interesse pelo consumo de substâncias psicoativas era a fuga aos problemas (Entrevistado G: “O que me levou a abusar de drogas era devido aos meus problemas pessoais, para tentar esquece-los, mas é tudo treta, porque depois a moca passa e os problemas ficam...”). Esta categoria é confirmada pela literatura, tendo em conta que os sujeitos que se tornam dependentes de substâncias psicoativas têm entre os vários motivos associados a fuga aos problemas (Rosa, 1998).

Figura 1

Relação entre a Idade do 1º Consumo de Substâncias Psicoativas e os Motivos Mais Frequentes para o Consumo



Como podemos verificamos figura 1, a infância relaciona-se com a fuga de problemas e com a curiosidade, visto que o único entrevistado que consumiu pela primeira vez na infância referiu estes dois motivos como os principais.

Em relação à fase da adolescência, é possível verificar que seis dos oito entrevistados afirmaram que os dois motivos mais influentes para o consumo de substâncias psicoativas eram a fuga a problemas e a curiosidade, em detrimento de motivos como a solidão e o fraco desempenho escolar.

No que diz respeito à adultícia, denota-se que esta se relaciona apenas com o motivo solidão, tendo em conta que houve apenas um entrevistado que começou a consumir nesta fase e referiu este como o motivo de maior influencia.

Contudo, não foram encontrados estudos que analisassem a relação entre a idade do primeiro consumo de substâncias psicoativas com os motivos mais frequentes do consumo de substâncias psicoativas.

Tabela 3

Dimensões/Categorias – Fatores Associados ao Consumo de Substâncias Psicoativas e 1º Tipo de Substância Psicoativa Consumida

Dimensões	Fatores Associados ao Consumo de Substâncias Psicoativas	1º Tipo de Substância Psicoativa Consumida
Categorias	Iniciativa própria (1)	Anfetaminas (1)
	Influência do ex-marido (1)	Heroína (1)
	Influência da família toxicodependente (1)	Haxixe (6)
	Influência do grupo de pares (5)	

Como podemos ver na tabela 3, foram criadas duas dimensões que incluem diversas categorias. Essas dimensões são os Fatores Associados ao Consumo de Substâncias Psicoativas; que engloba a Iniciativa própria, a Influência do ex-marido, a Influência da família toxicodependente e a Influência do grupo de pares como categorias; e a dimensão 1º Tipo de Substância Psicoativa, que inclui as Anfetaminas, a Heroína e o Haxixe como categorias.

Com base na primeira dimensão apresentada, um entrevistado disse que começou a usar substâncias psicoativas por sua iniciativa (Entrevistado D: “Comecei a consumir drogas por mim própria, ninguém me influenciou.”). Em relação a esta categoria, o estado da arte também dá algum contributo. Segundo Hawkins, Catalano e Miller (1992, citado por Wall, & Kohi, 2007), o uso de substâncias psicoativas relaciona-se com vários motivos, sendo um deles as características do próprio indivíduo, como por exemplo os sentimentos de solidão.

Outro entrevistado referiu que a causa pela qual consumiu pela primeira vez algum tipo de substâncias psicoativas era pela influência do ex-marido com que vivia na altura, sendo nessa altura ainda marido (Entrevistado C: “Eu estava a estudar com o meu ex-marido e fumávamos haxixe e deram ao meu marido um pacote de heroína para experimentar-mos e continuámos. Por isso é assim, foi pelo meu ex-marido.”). Para Matos (2005), Akinin e Torrado (2008) o ambiente familiar contribui para o abuso de substâncias psicoativas, visto que muitas famílias têm contacto com substâncias psicoativas e podem influenciar os outros indivíduos.

Um outro entrevistado relatou que o facto de ter experimentado pela primeira vez substâncias psicoativas deve-se ao facto de a sua família nuclear ser toxicodependente (Entrevistado A: “A minha mãe e o meu tio eram toxicodependentes, convivia muito

com eles e com o grupo de amigos deles e aquela gente sempre me fascinou e lançaram um fascínio sobre mim...”). De acordo com o Modelo Psicológico ou Psicossocial existe uma relação entre a aprendizagem social e a interação familiar. Os indivíduos terem pais toxicodependentes, o que leva a que desde muito cedo tenham contacto com as substâncias psicoativas, pode contribuir para futuros consumos de substâncias psicoativas (Viera, 1999; Rezende, 2000; Luís, & Pillon, 2004).

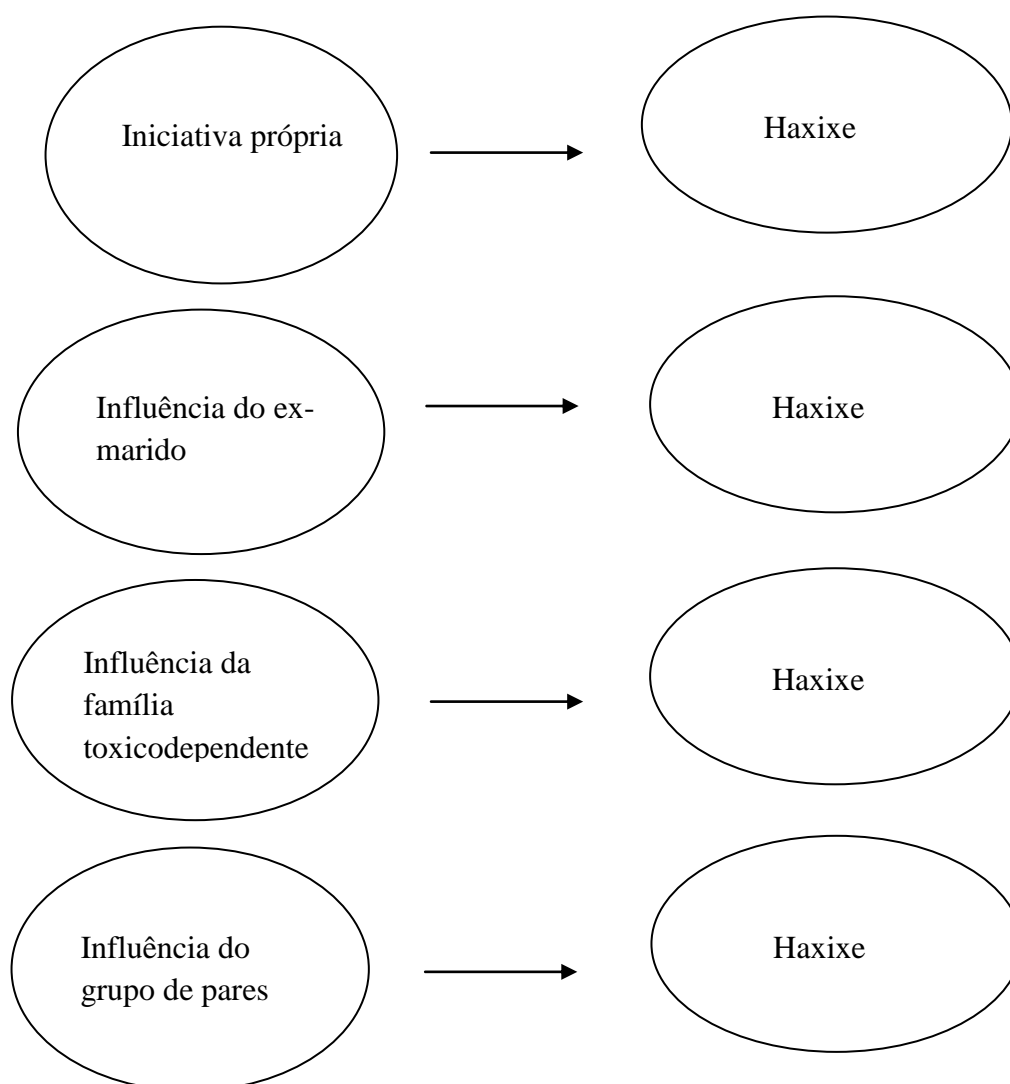
Os restantes cinco entrevistados apontaram como fator associado a terem experimentado pela primeira vez substâncias psicoativas a influência do grupo de pares (Entrevistado G: “No fundo foi por influência dos meus amigos. Tinha um amigo na tropa que consumia heroína e depois outro amigo estava sempre com esse amigo da tropa e começou também a consumir. Aquilo chamou-me à atenção e depois tentaram-me excluir um pouco dos planos deles e isso começou a mexer comigo. Quando vi o que era, eu disse que também queria...Então fui à casa dele e experimentei haxixe pela primeira vez.”). A literatura demonstra que o grupo de pares influencia o consumo de substâncias psicoativas, referindo que os indivíduos têm a necessidade de se sentirem aceites pelo grupo de pares, e se esse grupo tiver contacto e se utilizar substâncias psicoativas contribui a que os sujeitos comecem a abusar delas (Alves, Canavez, & Canavez, 2010).

Relativamente à última dimensão referida nesta tabela, o 1º Tipo de Substância Psicoativa Consumida, analisamos que um entrevistado relatou que a sua primeira experiência de uso de substâncias psicoativas foi o *speed crystal* que é um *calão* para designar anfetaminas (Entrevistado F: “1º Tipo de Substância Psicoativa.”); outro entrevistado expôs que a primeira substância psicoativa que experimentou foi a heroína (Entrevistado H: “A primeira droga que eu experimentei foi a heroína...”); e os restantes seis entrevistados relataram que a substância que tomaram pela primeira vez foi o haxixe (Entrevistado B: “Foi o haxixe a primeira droga que eu consumi.”).

No que diz respeito a esta última dimensão apresentada, não existe estado da arte que refira qual é a substância psicoativa mais frequente com que os indivíduos iniciam o consumo.

Figura 2

Relação entre os Fatores Associados ao Consumo de Substâncias Psicoativas e o 1º Tipo de Substância Psicoativa Consumida



Na figura 2, como vemos só houve um entrevistado que referiu que o que mais contribui para o consumo de haxixe foi por iniciativa própria. Um outro entrevistado relatou que a única que o fator que o levou a consumir haxixe foi a influência do seu ex-marido com quem coabitava. Outro entrevistado disse que o que o influenciou o consumo de haxixe como sua primeira substância psicoativa foi a influência da sua família nuclear que era toxicodependente e que sempre o fascinou. Por último, mas não menos importante, dos restantes cinco entrevistados três deles afirmaram em maior frequência que era o haxixe a sua primeira substância psicoativa, em detrimento dos outros dois entrevistados que apontaram a heroína e as anfetaminas como primeiras substâncias psicoativas. Todos estes cinco entrevistados reforçaram que o que contribui o consumo foi a influência do seu grupo de pares.

Não foi encontrada literatura que aponte para as relações entre os fatores associados ao consumo de substâncias psicoativas e a primeira substância psicoativa utilizada.

Tabela 4

Dimensões/Categorias – Local de Consumo de Substâncias Psicoativas e Dependências Mais Frequentes de Substâncias Psicoativas

Dimensões	Local de Consumo de Substâncias Psicoativas	Dependência de Substâncias Psicoativas
Categorias	Casa com o ex-marido (1)	Álcool e haxixe (1)
	Casa com o grupo de pares (3)	Cocaína (1)
	Rua com o grupo de pares (5)	Heroína (1)
		Heroína e Cocaína (5)

Observando a tabela 4, constatamos que foram criadas duas dimensões que incluem diversas categorias. Essas dimensões são o Local de Consumo de Substâncias Psicoativas, que abarca na Casa com o ex-marido, na Casa com o grupo de pares e na Rua com o grupo de pares como categorias; e a dimensão Dependências Mais Frequentes de Substâncias Psicoativas que inclui o Álcool e o haxixe, a Cocaína, a Heroína e a Heroína e a cocaína como categorias.

Relativamente à primeira dimensão que consta nesta tabela, observamos que um entrevistado refere que o sítio onde consumia as substâncias psicoativas era em Casa com o seu ex-marido (Entrevistado C: “Consumia só em casa com o meu ex-marido...”), três entrevistados expressaram que o local onde consumiam as substâncias psicoativas era em Casa com o seu grupo de pares (Entrevistado F: “Em casa, na casa dos meus avós com esse meu amigo...”) e os cinco entrevistados indicaram que o local utilizado para o consumo de substâncias psicoativas era na Rua com o grupo de pares (Entrevistado E: “Na comunidade com os meus amigos.”).

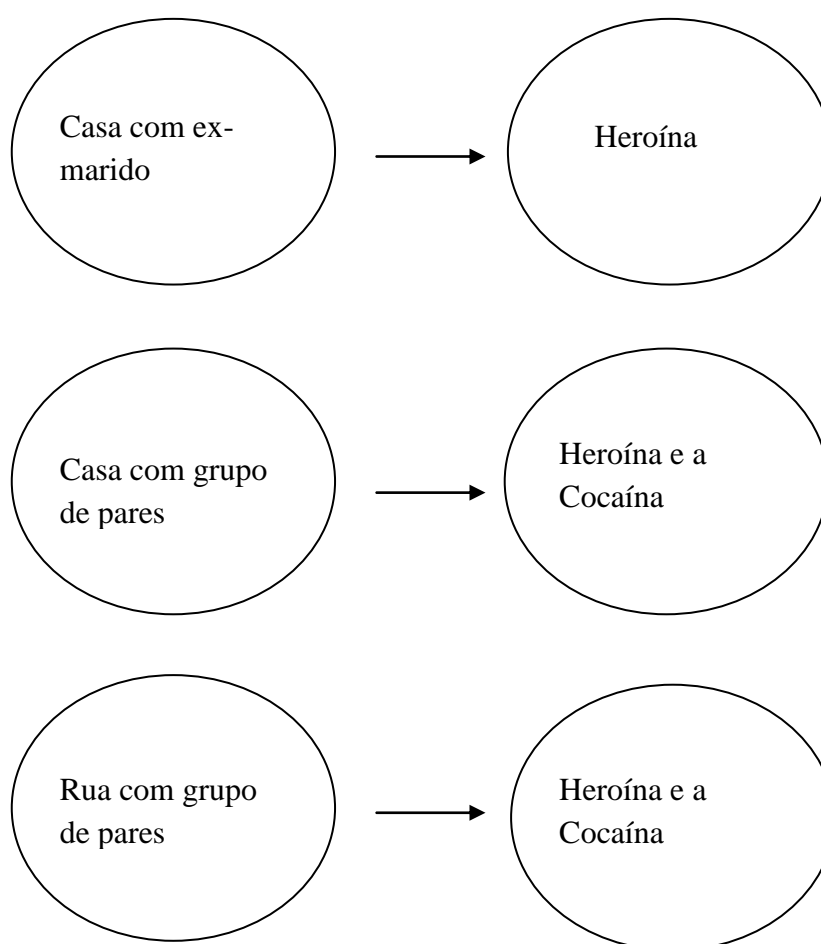
Não foi encontrada literatura que aborde o local onde os toxicodependentes tende a consumir as substâncias psicoativas. Apesar de haver referência a quem os influenciam, como já foi dito anteriormente tanto o grupo de pares como a família são agentes contributivos para o início dos consumos (Matos, 2005; Akinin, & Torrado, 2008; Alves, Canavez, & Canavez, 2010).

No que diz respeito à segunda dimensão apresentada na tabela 4, um entrevistado afirmou que as únicas substâncias psicoativas de que era dependente eram o Álcool e o haxixe (Entrevistado D: “Eram o álcool e o haxixe.”), outro entrevistado apontou ser

dependente da cocaína (Entrevistado H: “No fim já era a cocaína.”), um entrevistado apenas disse que a dependência dele era a heroína (Entrevistado C: “A heroína era a droga de que eu era dependente, consumia-a em grandes quantidades.”) e os restantes cinco entrevistados dependiam de duas substâncias psicoativas em conjunto, tais como a Heroína e a cocaína (Entrevistado G: “Sim. Heroína e cocaína. Aliás foram sempre só essas substâncias. Normalmente era em separado durante 3 meses, mas depois veio a onda do *speedball* (termo popular que significa a mistura de heroína com cocaína) e tive nisso durante 10 anos....”).

Figura 3

Relação entre o Local do Consumo de Substâncias Psicoativas e Dependências de Substâncias Psicoativas



Da observação da figura 3, podemos concluir que o entrevistado consumia em Casa com o seu ex-marido, com quem coabitava, sendo a heroína a única substância psicoativa de que dependia.

No que diz respeito ao local de consumo em Casa com o seu grupo de pares, apenas três entrevistados relataram que o local onde consumiam as substâncias psicoativas era

em Casa com o seu grupo de pares, contudo apenas um dos três entrevistados disse que a substância psicoativa era a cocaína. Deste modo, as substâncias psicoativas mais frequentes eram a Heroína e a cocaína em conjunto.

Em relação ao último local onde eram consumidas substâncias psicoativas, podemos afirmar que era na Rua com o seu grupo de pares. Sendo que os restantes cinco entrevistados asseguraram que as substâncias psicoativas de que eram dependentes remetiam para a Heroína e cocaína em conjunto.

Tabela 5

Dimensão/Categorias – Problemas Decorrentes da Dependência de Substâncias Psicoativas

Dimensão	Dependência de Substâncias Psicoativas
Categorias	Prostituição (1)
	Problemas financeiros (1)
	Amputação de uma perna (1)
	Doença mental (2)
	Agressividade (2)
	Sentimento de culpa (2)
	Expulsão (2)
	Problemas sociais (2)
	Insegurança e instabilidade (3)
	Problemas profissionais (3)
	Discussões (5)

Analisando a tabela 5, verificamos que foi criada uma dimensão que inclui diversas categorias. Essa dimensão é a Dependência de Substâncias Psicoativas, que engloba as categorias Prostituição, Problemas financeiros, Amputação de uma perna, Doença mental, Agressividade, Sentimento de culpa, Expulsão, Problemas sociais, Insegurança e instabilidade, Problemas profissionais e Discussões como categorias.

A categoria Prostituição só foi referida por um entrevistado (Entrevistado H: “Vivia com um senhor de idade com quem me prostituía em troca de quarto e algum dinheiro.”). Dunlap, Golub e Johnson (2003, citados por, Day, Garza, Kim, Larkby, & Parks, 2011) vieram reforçar a ideia de que algumas mulheres que sofreram de maus tratos sexuais na infância envolveram-se na prostituição e na dependência de substâncias psicoativas.

A categoria Problemas financeiros foi apontada por um único entrevistado (Entrevistado G: “A nível financeiro pois foi um desbaste no meu orçamento...”). Tal como o Modelo Sociológico afirma, uma das consequências da dependência de substâncias psicoativas são as circunstâncias socioeconómicas dos indivíduos (Vieira, 1999; Rezende, 2000; Luís, & Pillon, 2004).

A categoria Amputação da perna, representa um problema a nível da saúde e foi referido por um entrevistado (Entrevistado A: “a nível da saúde amputaram-me uma perna...”). Além de todas as consequências que a dependência de substâncias psicoativas acarreta, é importante ter em conta que pode trazer problemas a nível da saúde do próprio indivíduo e da saúde pública, como a transmissão de várias infeções e doenças (e.g. HIV, Hepatite B e C) (Arria, Fuller, Latkin, Strathdee, & Vlahov, 2002).

A categoria Doença mental abrange por dois entrevistados, que indicaram que lhes foram diagnosticadas doenças mentais após serem dependentes de substâncias psicoativas (Entrevistado G: “...aliás até me foram diagnosticadas duas doenças a bipolaridade e a esquizofrenia, mas não sabem qual o tipo de esquizofrenia. Eu tenho fases, às vezes se me disserem coisas de certa e de determinada maneira eu passo-me. E eu estou sempre a estudar as pessoas, eu estou sempre alerta e eles nem dão contas. À noite eu não durmo, eu não consigo dormir!!!”). Segundo o estado da arte, a dependência de substâncias psicoativas pode ser uma consequência de alteração no desenvolvimento neurofisiológico, originando sequelas na estrutura e funções do cérebro (Mathieson, Reynolds, & Topitzes, 2009; Elwyn, Ireland, Park, Smith, & Thornberry, 2012).

A categoria Agressividade abarca dois dos entrevistados, que relataram que se tornavam mais agressivos quando estavam sob o efeito de determinadas substâncias psicoativas (Entrevistado F: “A minha família reagiu mal, os meus avós ficaram tristes. Eles preferiam que eu fumasse haxixe, porque com aquilo eu ficava muito agressivo.”). Como refere Araújo (2007) o abusador de substâncias psicoativas transforma-se em alguém que tem mudanças repentinas de comportamento, como por exemplo as condutas agressivas.

Na categoria Sentimento de culpa, dois dos entrevistados reforçaram que se sentiam culpados depois de consumirem substâncias psicoativas e que era muito difícil lidarem com isso, mas era-lhes impossível deixarem de as consumir (Entrevistado C: “Isso só acontece nas recaídas pois há um grande sentimento de culpa...”). Com base na literatura, o sentimento de culpa acontece na fase de abstinência em que os

toxicodependentes têm consciência dos problemas que a dependência de substâncias psicoativas lhes acarreta, mas como não conseguem tolerar os sintomas físicos provocados pela abstinência, voltam a consumir para aliviar os sintomas (DSM-IV-TR, 2006).

Na categoria Expulsão, dois entrevistados relataram que devido ao facto de serem toxicodependentes foram expulsos da sua habitação pelos familiares com quem viviam (Entrevistado E: “Vivia com a minha irmã e depois fui obrigado a ir viver para a rua.”).

Na categoria Problemas sociais, dois entrevistados contaram que a dependência de substâncias psicoativas lhes trouxe esta classe de sequelas, tendo em conta que a sociedade é muito cruel a lidar com este tipo de dependência (Entrevistado G: “social, porque é um facto que as pessoas depois mesmo que fiquemos curados e que digam que está tudo bem, não está. Porque ser toxicodependente ou ex-toxicodependente é sempre um estigma que carregamos. Na zona estamos condenados, é impossível aceitarem-nos...há sempre aquelas pessoas que falam connosco, mas é sempre de forma cínica.”). Tendo em conta a literatura existente, podemos discutir que os problemas sociais são uma consequência da dependência de substâncias psicoativas, tal como defende o Modelo Sociológico (Vieira, 1999; Rezende, 2000; Luís, & Pillon, 2004).

Na categoria Insegurança e instabilidade, três entrevistados relataram que a dependência de substâncias psicoativas os deixa num estado total de insegura e de instabilidade, principalmente quando estão na fase de abstinência, pois querem seguir em frente e reorganizar-se, mas o desejo de voltarem a consumir é elevado (Entrevistado H: “Tinha mais coragem, não sentia nada e agora estou a aprender a reorganizar-me. Há meses que não consumo nada e estou a reorganizar os meus sentimentos, tenho muita raiva dentro de mim, só me apetece é gritar...”). Segundo o DSM-IV-TR (2006) a toxicodependência acarreta um conjunto de sintomas, fisiológicos e comportamentais resultando na insegurança e instabilidade do sujeito.

Na categoria Problemas profissionais três dos entrevistados relataram que muitas vezes perderam o emprego, porque estavam num estado tão dependente que não conseguiam desempenhar a sua atividade laboral corretamente (Entrevistado A: “a nível profissional, pois tive que abandonar o meu trabalho como técnico de som...”). A literatura afirma que o abusador de substâncias psicoativas transforma-se em alguém que tem mudanças repentinas de comportamento que passam por falta de interesse e de

motivação em relação às atividades dantes desempenhadas, como escolares, profissionais e *hobbies* (Araújo, 2007; Griffiths, Lisha, & Sussman, 2010).

A categoria Discussões foi a que registou mais entrevistados, com o número total de cinco (Entrevistado C: “Consumia só em casa com o meu ex-marido. Depois de me separar fui para casa dos meus pais, seguidamente chatee-me com os meus pais por causa das drogas e vim para Lisboa. E partir daí comecei a abusar das duas substâncias psicoativas e injetava-me.”). De acordo com o estado da arte, o indivíduo que seja toxicodependente não consegue prever com segurança quando o seu comportamento irá parar levando a uma quebra nas relações interpessoais, originando discussões (Matos, 2005; Griffiths, Lisha, & Sussman, 2010).

Tabela 6

Dimensões/Categorias – Tipo de Crime Mais Freqüente e Contactos com a Autoridade

Dimensões	Tipo de crime mais freqüente	Autoridade
Categorias	Homicídio (1)	Não teve contacto (2)
	Roubo e furto (1)	Teve contacto (6)
	Arrombamento de casas (1)	
	Ausências de crimes (1)	
	Tráfico de drogas (5)	

Com base na tabela 6, podemos observar que foram desenvolvidas duas dimensões que incluem diversas categorias. Essas dimensões são o Tipo de crime mais freqüente que inclui o Homicídio, o Roubo e furto, o Arrombamento de casas, a Ausência de crimes e o tráfico de drogas como categorias; e o Contacto com a Autoridade que engloba Não teve contacto e Teve contacto.

Relativamente à categoria Homicídio, apenas um dos oito entrevistados relatou ter cometido este crime quando estava dependente de substâncias psicoativas (Entrevistado F: “...Até cometi um homicídio a um homem preto que batia na minha avó e a minha avó estava doente. Ela era do bairro onde eu moro e eu tive que o matar, não é!? E eu tive que matá-lo, não podia encará-lo.”).

Respetivamente à categoria Roubo e furto, um entrevistado disse que para arranjar mais dinheiro para obter substâncias psicoativas e também como meio de subsistência roubava e furtava (Entrevistado F: “Oh ! Várias. Roubar, furtar...pois! Muitas coisas, não sei...”).

Tendo em conta a categoria Arrombamento de casas, só um entrevistado afirmou ter cometido este crime quando já era dependente de substâncias psicoativas como forma de ganhar algum dinheiro extra para comprar mais substâncias psicoativas (Entrevistado C: “Sim, para obter dinheiro para conseguir comprar droga. Arrombar casas....”).

Em relação à categoria Ausência de crimes, podemos discutir que apenas um dos entrevistados negou ter cometido algum tipo de crime quando já era dependente de substâncias psicoativas.

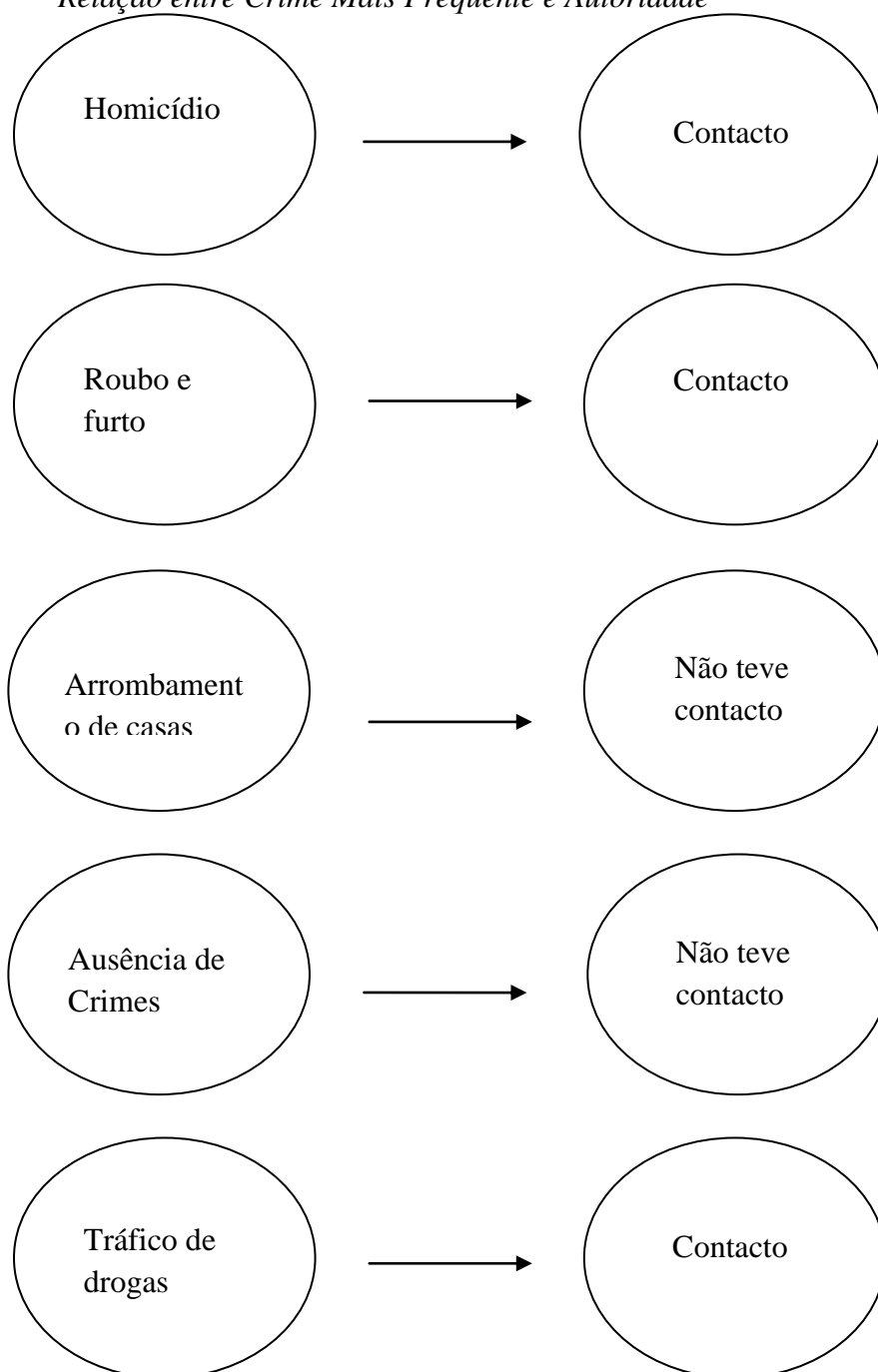
No que diz respeito à categoria Tráfico de drogas, cinco dos entrevistados confessou ter cometido este tipo de crime com a finalidade de juntarem mais dinheiro para comprarem substâncias psicoativas (Entrevistado H: “Sim, tráfico de drogas e depois era apanhada no Casal Ventoso e mandavam-me deitar fora a droga.”).

Relativamente à segunda dimensão, seis dos entrevistados tiveram contacto com a autoridade pelos crimes que cometeram (Entrevistado F: “Sim, já tive contacto com a polícia pelo crime que cometi”).

Segundo Singer (1995, citado por, Bonnie, 2006) os dependentes de substâncias psicoativas, normalmente, têm um envolvimento com o sistema de justiça devido ao tráfico de substâncias psicoativas e/ou a prática de crimes para poderem obter dinheiro para comprarem mais substâncias psicoativas.

Figura 4

Relação entre Crime Mais Frequente e Autoridade



Como podemos observar na figura 4, a categoria Homicídio relaciona-se com o contacto com a autoridade, constatando-se que apenas um entrevistado cometeu este tipo de crime e foi condenado à prisão.

Analisando o crime de Roubo e furto, podemos afirmar que o entrevistado que cometeu este tipo de crime teve contacto com a autoridade.

Se olharmos para o crime de Arrombamento de casas, podemos concluir que este entrevistado apesar de ter cometido este tipo de crime não teve contacto com a autoridade.

Por fim, no que diz respeito ao crime de Tráfico de drogas podemos observar que cinco dos oito entrevistados confessou ter praticado este tipo de crime como forma de obterem dinheiro para comprarem mais substâncias psicoativas. Também podemos concluir que estes cinco entrevistados tiveram contacto com a autoridade.

A literatura vai de encontro a esta relação, visto que Singer (1995, citado por, Bonnie, 2006) refere que os dependentes de substâncias psicoativas, normalmente, têm um envolvimento com o Sistema de Justiça devido ao tráfico de substâncias psicoativas e/ou a prática de crimes para poderem obter dinheiro para comprarem mais substâncias psicoativas.

Tabela 7

Dimensões/Categorias – Parar o Consumo e Ajuda terapêutica

Dimensões	Parar o consumo	Ajuda terapêutica
Categorias	Não (1)	Iniciativa Própria (2)
	Muitas vezes (1)	Encaminhamento (6)
	Não sabe (3)	
	Menos que quatro vezes (3)	

Analisando a tabela 7, verificamos que foram desenvolvidas duas dimensões que incluem diversas categorias. Essas dimensões são o Parar o consumo que inclui Não, Muitas vezes, Não sabe e Menos que quatro vezes como categorias; e a Ajuda terapêutica que engloba a Iniciativa própria e o Encaminhamento.

Relativamente à categoria Não, apenas um entrevistado indicou que nunca tinha tentado parar de consumir antes de entrar para a associação (Entrevistado B: “Não, só agora que estou aqui.”). Tendo em conta a categoria Muitas vezes, somente um entrevistado referiu que já tinha tentado parar de consumir substâncias psicoativas diversas vezes (Entrevistado G: “Ui...chegou a uma altura que eu disse “já nem vou tentar mais”. Muitas vezes, são as fases de abstinência...”). No que concerne à categoria Não sabe, três entrevistados relataram que não tinha a noção quantas vezes tinham tentado de parar de consumir substâncias psicoativas antes de entrar para a associação (Entrevistado F: “Não sei quantas vezes tentei parar o consumo de drogas, mas foram

algumas.”). No que diz respeito à categoria Menos que quatro vezes foi apontada pelos restantes três entrevistados (Entrevistado A: “Tentei parar de consumir quatro vezes.”).

Segundo o DSM-IV-TR (2006) mesmo que os sujeitos parem de tomar substâncias psicoativas, estes muitas vezes não conseguem suportar os sintomas físicos que a abstinência provoca e por isso voltam a consumir.

Em relação à categoria Iniciativa própria, dois dos entrevistados responderam que tinham procurado ajuda na associação por sua iniciativa (Entrevistado D: “Procurei ajuda por iniciativa própria.”). Por último, na categoria Encaminhamento, verificamos que os restantes seis entrevistados responderam que tinham entrado na associação por encaminhamento de outras entidades ou pelos técnicos da rua (Entrevistado G: “Chateei-me com o meu irmão e fui viver para a rua. Os técnicos de rua encaminharam-me.”).

De acordo com a literatura, é difícil aos toxicodependentes entrarem em programas de tratamento de dependências (Hunt, Hoffman, Rhodes, & Riley, 2003; Griffiths, Lisha, & Sussman, 2010; Nunes, 2010). A maioria dos toxicodependentes não recebe tratamento, porque não procura ou porque não quer ou porque as respostas sociais não são suficientes. Consequentemente alguns toxicodependentes seguem por caminhos menos “tradicionais” para atingirem aquilo que querem, como por exemplo dinheiro para comprar mais droga, usando como meio instrumental a agressão (Stewart, & Hoaken, 2003).

Tabela 8

Dimensões/Categorias – Tipo de Maus Tratos Mais Frequentes na Infância e Agressor Mais Frequente

Dimensões	Maus tratos na infância	Agressor
Categorias	Exploração infantil (1)	Primo (1)
	Sexuais (1)	Irmão (1)
	Negligência (4)	Mãe (1)
	Psicológicos (6)	Pai e Mãe (3)
	Abandono (6)	Pai (4)
	Físicos (7)	

Com base na tabela 8, verificamos que foi desenvolvida uma dimensão que engloba diversas categorias. Essa dimensão denomina-se de Maus tratos na infância que engloba como categorias a Exploração infantil, os Sexuais, a Negligência, os Psicológicos, o Abandono e os Físicos.

Na primeira categoria intitulada Exploração infantil, apenas um entrevistado referiu ter sido vítima, por parte do pai (Entrevistado B: “Sim, quando o meu pai voltou, deixei de ir à escola e tive que ir trabalhar.”).

Na segunda categoria, que remete para os maus tratos sexuais, só um entrevistado afirmou ter sido vítima, por parte do irmão e do primo, em ocasiões distintas (Entrevistado H: “Tentou-me violar, quando a minha mãe já tinha morrido!... o meu primo entrava comigo para a banheira e fazia essas coisas.”). Segundo Gomes (2008), quem sofreu de maus tratos na infância tem uma maior probabilidade de consumir substâncias psicoativas na adultícia.

Na terceira categoria, denominada de Negligência, quatro entrevistados relataram que os seus pais tinham sido negligentes em diversos cuidados (Entrevistado C: “Deixaram, mas é assim...eu no sábado à noite ficava sozinha em casa por duas horas, mas já tinha os meus 10/11 anos.”). Segundo U.S. Department of Health and Human Services (1993, citado por, Clinton-Sherrod, Gibbs, Johnson, Martin, & Rentz, 2008), o abuso de substâncias psicoativas está mais associado à negligência praticado na infância do que qualquer outro tipo de mau trato (Clinton-Sherrod, Gibbs, Johnson, Martin, & Rentz, 2008).

Na quarta categoria, apelidada de Psicológicos, seis entrevistados expressaram que tinham sofrido maus tratos psicológicos das mais variadas formas (Entrevistado H: “O meu irmão humilhava-me chamando-me nomes, dizia que eu era a gorda e feia, em frente aos meus amigos...”). Muitos autores afirmam que os maus tratos psicológicos praticados na infância levam a um consumo posterior na idade adulta (André, Almeida, & Almeida, 2002; Ferreira, 2002; Pires, 2005; Cruz, 2006; Rodrigues, 2006; Gomes, 2008; Carpenter, Faria, Mello, Mello, Price, & Tyrka, 2009; Gao, & Zhai, 2009; Gebara, 2009; Carey, & Senn, 2010; Silva, 2010).

Na quinta categoria nomeada de Abandono, seis entrevistados revelaram que tinham sido abandonados na infância por um ou pelos dois progenitores (Entrevistado F: “a partir de 1 ano de idade...o meu pai separou-se da minha mãe e depois fugiu da tropa e nunca mais o vi. A minha mãe foi viver para Chelas.”). De acordo com Gebara (2009) as crianças que sofrem de abandono na infância têm uma maior predisposição para abusar de substâncias psicoativas.

Na sexta e última categoria, designada de Físicos, sete entrevistados referiram terem sofrido de maus tratos físicos durante a sua infância (Entrevistado B: Batiam-me

com o chicote e mandavam-me tomar banho e depois batiam-me com o chicote). Englund e Egeland (2009, citado por, Bates, Dodge, Lansford, & Pettit, 2010) referem que os maus tratos físicos relacionam-se com o consumo de substâncias psicoativas na adultícia. Pires e Duran (2010) afirmam que o mau trato físico é o mais frequente na infância.

Foi designada outra dimensão representante ao Agressor que infligiu os maus tratos na infância aos entrevistados. Esta dimensão engloba várias categorias, tais como: Primo, Irmão, Mãe, Pai e mãe, e Pai.

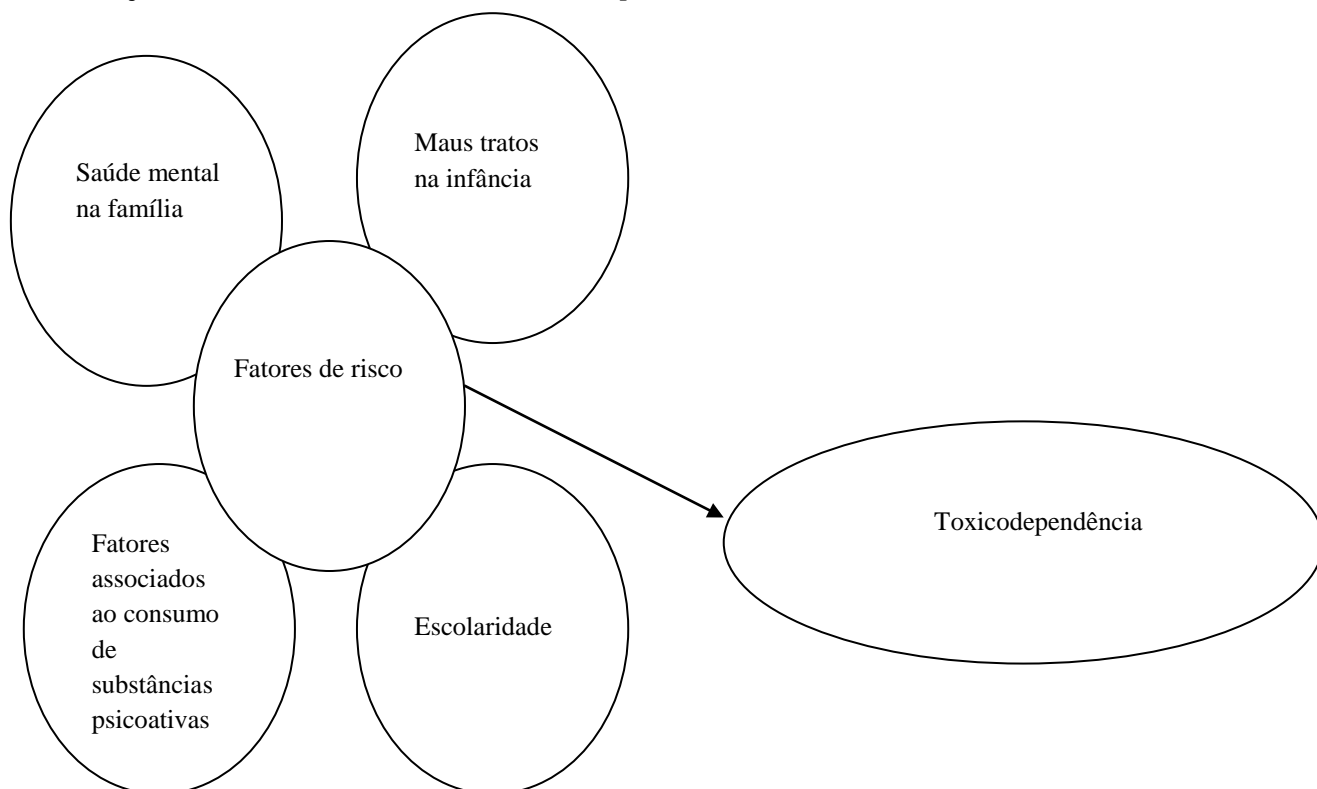
Na categoria Primo, apenas um entrevistado referiu que tinha sofrido maus tratos por parte do primo mais velho (Entrevistado H: "...o meu primo entrava comigo para a banheira e fazia essas coisas."). Na categoria Irmão, o mesmo entrevistado disse que tinha sofrido maus tratos por parte do irmão mais velho (Entrevistado H: "...o meu irmão tentou-me violar."). Na categoria Mãe, outro entrevistado afirmou que era a mãe que lhe infligia maus tratos (Entrevistado C: "...Ela é minha mãe, mas sempre me maltratou. Hum...é assim ela batia-me com uma vassoura, mas normalmente batia com as mãos, dava-me chapadas, uma vez acordou-me com um pontapé na barriga, mas nada daquela violência. Nunca fui ao hospital."). Na categoria Pai e mãe, três entrevistados relataram que tinha sido tanto o pai como a mãe a maltratarem-nos na sua infância (Entrevistado E: "Os meus pais agiam mal, batiam-me e deixavam-me com nódoas negras e fui parar ao hospital."). Na última categoria Pai, foi aquela em que mais entrevistados responderam como agressor por maus tratos na infância, com o número de quatro entrevistados (Entrevistado D: "Sofríamos de violência doméstica por parte do meu pai. Fiquei a sangrar várias vezes.>").

Geralmente o agressor é do sexo masculino e poderá ter história de maus tratos na infância, baixa autoestima e dependência de substâncias psicoativas (Myazaki, & Pires, 2005). Contudo, se o agressor for do sexo feminino poderá tratar-se de mulheres neuróticas e/ou apresentar surtos psicóticos (Alegri, Portella, & Zottis, 2006). Consequentemente, não foram transmitidos modelos adequados ao agressor para ajudá-lo a desenvolver técnicas que lhe permitam ser um cuidador eficaz (Lidchi, 2004).

Com base nos resultados obtidos relativamente ao Agressor mais frequente, podemos afirmar que os resultados das entrevistas vão ao encontro da literatura.

Figura 5

Relação dos Fatores de Risco e a Toxicodependência



Tendo em conta a figura 5, constatamos os seguintes fatores de risco para a Toxicodependência: Saúde mental na família, Maus tratos na infância, Fatores associados ao consumo de substâncias psicoativas e Escolaridade.

Saúde mental na família é um possível fator de risco para a Dependência de substâncias psicoativas, tendo em conta que dois dos entrevistados responderam que tinham familiares com este tipo de problemas. Um deles tinha um familiar com doença mental que, por sua vez lhe exercia maus tratos na infância (Entrevistado C: "...a minha mãe é bipolar ou maniaco depressiva... epá tem montes de problemas. Então era muito violenta, agressiva, batia-me muito e descarregava muito em mim..."). Com base na literatura, os agressores que são portadores de perturbações psicológicas não têm modelos adequados para ajudá-los a desenvolver técnicas que lhe permitam ser cuidadores mais eficazes (Lidchi, 2004). Outro deles tinha um problema de toxicodependência na família que, consequentemente lhe despertou interesse para a entrada no mundo da droga (Entrevistado A: "A minha mãe e o meu tio eram toxicodependentes, convivia muito com eles com o grupo de amigos deles e aquela gente sempre me fascinou e lançaram um fascínio sobre mim..."). Segundo Andreta e Oliveira (2005, citado por Alves, Canavez, & Canavez, 2010) os indivíduos que se

relacionam e que vivem num sítio onde o uso de substâncias psicoativas é comum, torna-se numa causa para, mais tarde, estes indivíduos consumam substâncias psicoativas (Vieira, 1999; Rezende, 2000; Lidchi, 2004; Luís, & Pillon, 2004; Miayazaki, & Pires, 2005).

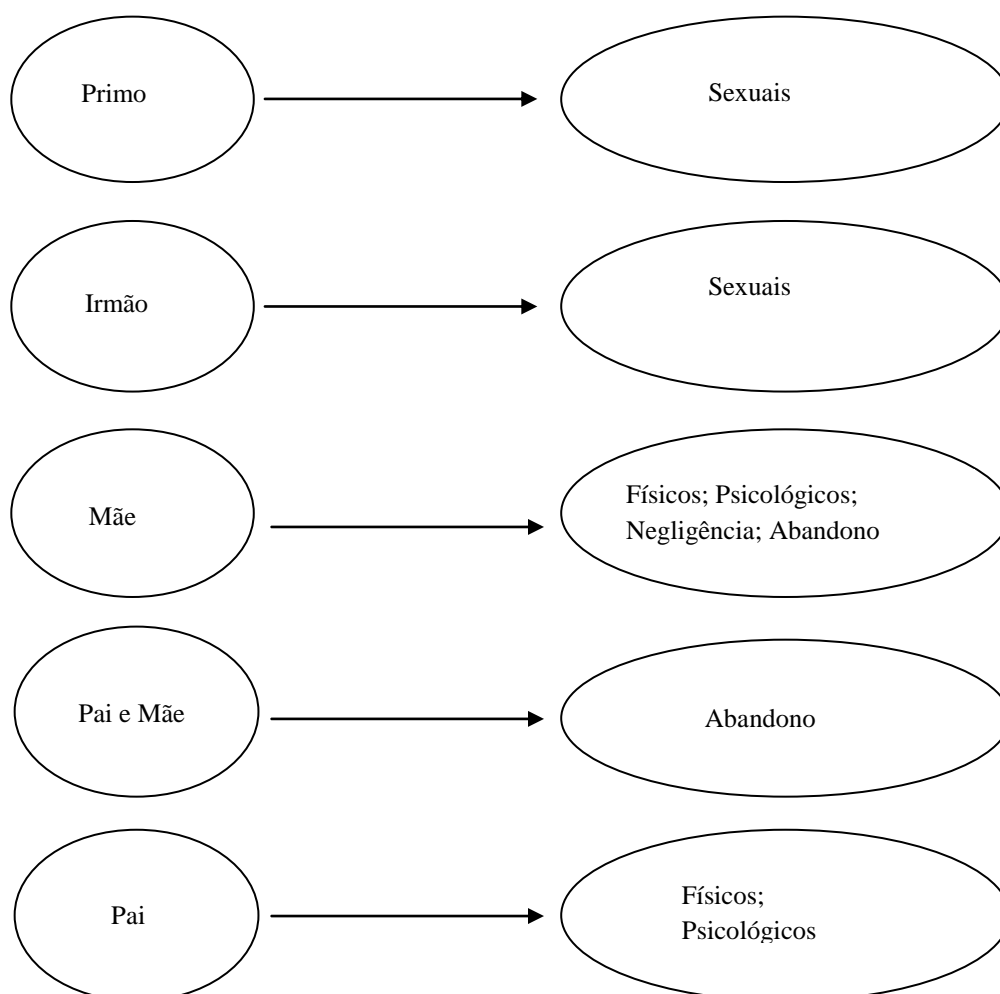
Em relação aos Fatores associados ao consumo de substâncias psicoativas, podemos discutir que dos oito entrevistados sete foram influenciados a consumir substâncias psicoativas. Um foi influenciado pelo seu ex-marido que na altura coabitava com ele (Entrevistado C: “Eu estava a estudar com o meu ex-marido e fumávamos haxixe e deram ao meu marido um pacote de heroína para experimentámos e continuámos. Por isso é assim foi pelo meu ex-marido. ”). Para Matos (2005), Akinin e Torrado (2008) o ambiente familiar contribui para o abuso de substâncias psicoativas, visto que muitas famílias têm contacto com substâncias psicoativas e podem influenciar os indivíduos. Outro foi influenciado pela família que era toxicodependente como já referimos anteriormente. E de acordo com o Modelo Psicológico existe uma relação entre a aprendizagem social e a interação familiar, o que leva a que desde muito cedo tenham contacto com as substâncias psicoativas começando a consumir substâncias psicoativas (Vieira, 1999; Rezende, 2000; Luís, & Pillon, 2004). Os outros cinco entrevistados foram influenciados pelo grupo de pares a usarem substâncias psicoativas (Entrevistado G: “No fundo foi por influência dos meus amigos. Tinha um amigo na tropa que consumia heroína e depois outro amigo estava sempre com esse amigo da tropa e começou também a consumir. Aquilo chamou-me à atenção e depois tentaram-me excluir um pouco dos planos deles e isso começou a mexer comigo. Quando vi o que era, eu disse que também queria...Então fui à casa dele e experimentei haxixe pela primeira vez.”). A literatura demonstra que o grupo de pares influencia o consumo de substâncias psicoativas, referindo que os indivíduos têm a necessidade de se sentirem aceites. Se os pares utilizarem substâncias psicoativas, tal influenciará os demais (Alves, Canavez, & Canavez, 2010).

No que diz respeito ao fator de risco Escolaridade, três entrevistados disseram que tiveram um percurso académico instável e fraco (Entrevistado F: “Eu é que fugia da escola, não gostava, porque adormecia sempre e depois comecei a ter outro tipo de amigos e um deles, que já morreu como já lhe tinha dito, tinha droga com ele e eu experimentei.”). Wall e Kohi (2007), referem que os sujeitos que têm um desempenho e um percurso académico negativo têm maior tendência para começarem a usar substâncias psicoativas.

O último fator de risco estudado, Maus tratos na infância relaciona-se com o primeiro objetivo da dissertação de mestrado, sendo ele: Analisar se existe alguma relação entre a vitimização por maus tratos na infância e o posterior consumo de substâncias psicoativas. Observamos que todos os entrevistados sofreram de maus tratos na infância por parte da família nuclear. É principalmente no seio familiar que a criança e/ou o adolescente constroem a sua personalidade e desenvolvem as suas capacidades. Se o ambiente familiar e o bem-estar da criança e/ou adolescente falharem, por exemplo se sofrerem de maus tratos, estes podem desenvolver condutas desviantes (Farate, 2000). Gebara (2009) salienta que estes indivíduos, vitimizados na infância por maus tratos, abusavam de substâncias psicoativas para se refugiar dos eventos traumáticos por que passaram. Deste modo, os maus tratos na infância aumentam a probabilidade de dependência de substâncias (Loper, Mahmoodzadegan, & Warren, 2008). Podemos afirmar que os maus tratos na infância é um fator de risco para o consumo de substâncias psicoativas na adultícia.

Figura 6

Relação entre o Tipo de Maus Tratos Mais Frequentes e o Agressor Mais Frequente



Tendo em conta a figura 6, a categoria Primo e Irmão verificou-se que apenas um entrevistado afirmou ter sofrido este tipo de mau trato pela parte do primo e pela parte do irmão (Entrevistado H: “...o meu primo entrava comigo para a banheira e fazia essas coisas....O meu irmão tentou-me violar, quando a minha mãe já tinha morrido e eu tinha apenas 15 anos de idade!”).

Por sua vez, também só um entrevistado revelou ter sido a mãe quem lhe tinha infligido este tipo de maus tratos na infância (Entrevistado C: “...era muito violenta, agressiva, batia-me muito e descarregava muito em mim. Ela é minha mãe, mas sempre me maltratou. Hum...é assim ela batia-me com uma vassoura, mas normalmente batia com as mãos, dava-me chapadas, uma vez acordou-me com um pontapé na barriga, mas nada daquela violência... a minha mãe chamava-me nomes, dizia que eu não prestava para nada e coisas assim... eu no sábado à noite ficava sozinha em casa por duas horas, mas já tinha os meus 10/11 anos... Senti-me abandonada pela minha mãe, ela fugiu para Espanha.”).

Três dos entrevistados responderam que tanto pai como a mãe os abandonaram na infância (Entrevistado F: “Sim, poderia dizer que sim pelo meu pai, após a separação. O meu pai na esperança de a minha mãe o querer de volta deixou de visitar os filhos, só que a minha mãe nunca voltou para ele. Ele nunca nos visitava, talvez só o via 3 vezes em 5 anos.”). Assim sendo a categoria Pai e mãe apresenta uma ligação ao Abandono.

Quatro dos entrevistados relataram que era o Pai quem exercia mau trato físico e maus tratos psicológicos (Entrevistado A: “O meu pai ia até ao limite e eu creio que o meu pai, avaliando agora as coisas com outros olhos, quando ele chegava ao limite batia-me... O meu pai gritava, ameaçou-me no calor da discussão e ofendia-me (chamava-me nomes).”).

A figura parental relaciona-se com o terceiro objetivo deste estudo, sendo ele: Avaliar qual o tipo de mau trato associado em dependentes de substâncias psicoativas, tendo em conta os dados desta tabela o agressor mais frequente é o Pai e o tipo de mau trato mais frequente é o físico.

Na literatura não existe muita informação que referente à relação entre o agressor mais comum e o tipo de mau trato praticado na infância. Contudo, os agressores infligem danos que poderão deixar sequelas nas crianças e/ou adolescentes para toda a vida, sendo estes influenciados por fatores como a frequência, a duração, a idade, o tipo de mau trato e o tipo de relação entre o agressor e a vítima (Miyazaki, & Pires, 2005; Day, Hart, & Wanklyn, 2012).

O tipo de mau trato mais frequente foi físico, sinalizado por sete dos oito entrevistados, seguindo-se o abandono e o mau trato psicológico com seis entrevistados em cada, depois a negligência com quatro entrevistados, e por último o mau trato sexual e a exploração infantil com um entrevistado em cada. Todos os entrevistados relataram que estes acontecimentos podem ter contribuído para, posteriormente, começarem a consumir substâncias psicoativas. Englund e Egeland (2009, citados por, Bates, Dodge, Lansford, & Pettit, 2010) referem que os maus tratos físicos relacionam-se com o consumo de substâncias psicoativas na adultícia. Pires e Duran (2010) afirma que o mau trato físico é o tipo mais frequente de maus tratos na infância.

Conclusão

A relação entre os maus tratos na infância e o consumo de substâncias psicoativas na adultícia é uma temática bastante abordada por diversos investigadores. Sinteticamente, verificou-se um interesse em analisar se os toxicodependentes sofreram maus tratos na infância e se estes podem constituir um fator de risco para o consumo de substâncias psicoativas na idade adulta.

Verificamos que todos os entrevistados que aceitaram participar no estudo sofreram maus tratos na infância. Este dado parece demonstrar que existe uma relação entre os maus tratos na infância e o posterior consumo de substâncias psicoativas, numa população dependente das mesmas.

Não foi possível analisar as possíveis diferenças de género, uma vez que para além do reduzido tamanho da amostra, esta era maioritariamente constituída por elementos do sexo masculino.

Também destacamos, como resultado, que o tipo de mau trato mais comum na amostra estudada são os maus tratos físicos, seguindo-se os maus tratos psicológicos, abandono, negligência, maus tratos sexuais e, por último, exploração infantil.

Constatamos ainda, como resultados, que a maioria dos participantes começou a consumir substâncias psicoativas por influência do grupo de pares e que o local onde consumiam mais frequentemente era na rua com o seu grupo. A maioria dos participantes experimentaram substâncias psicoativas na adolescência, sendo que a mais consumida foi o haxixe, e aquelas que mais frequentemente produziram dependências, foram a heroína e a cocaína, em conjunto.

A maioria dos participantes cometeram atividades ilegais para a obtenção de substâncias psicoativas, o que por sua vez, os levou a terem contactos com a autoridade. Em relação à ajuda terapêutica, a maioria dos participantes foram encaminhados para a Unidade de Minimização de Danos por outras entidades.

Como implicações práticas, referimos que este estudo demonstrou a necessidade da criação de um plano de intervenção individualizado em crianças e jovens que tenham sofrido de maus tratos na infância. Paralelamente, faz-nos sentido que esse plano de intervenção seja aplicado em Escolas e/ou Centros de Acolhimento Temporário para a prevenção do consumo de substâncias psicoativas.

Uma das limitações deste estudo, foi o facto de que apenas uma Unidade de Minimização de Danos ter respondido de forma positiva para a recolha da amostra.

Consequentemente, com esta apenas conseguimos um total de oito entrevistados, com todas as implicações inerentes à impossibilidade de generalização de resultados.

Este facto implicou a necessidade de recorrermos à análise de conteúdo, originando uma investigação primordial direccionada para uma investigação qualitativa, quando a ideia inicial era realizar um estudo quantitativo.

Por último, o facto de existir um número muito reduzido de estudos realizados nesta área em Portugal, impossibilitou a comparação dos resultados obtidos com os de outros estudos nacionais.

Sugerimos como estudos futuros o desenvolvimento de uma checklist que avalie os maus tratos no passado e o consumo de substâncias psicoativas no presente, visando a sua aplicação a população em que tal não se tenha verificado. Este procedimento poderia permitir verificar se os maus tratos são um fator preditor de consumo de substâncias psicoativas.

Referências Bibliográficas

- Aarons, G. A., Fettes, D. L., Green, A. E., & Miller, E. A. (2011). Prevalence of maltreatment among youths in public sectors of care *Child Maltreatment*, 16 (3) , 196-204. doi: 10.1177/1077559511415091
- Adams, L., Funk, R. R., Godley, S. H., & McDermeit, M. (2003). Maltreatment issues by level of adolescent substance abuse treatment: the extent of the problem at intake and relationship to early outcomes. *Child Maltreatment* , 8 (1), 36-45. doi: 10.1177/1077559502239607
- Akinin, S. O., & Torrado, M. (2008). Identidade e toxicodependência no masculino: relação paterna, auto-conceito e identidade de género. *Toxicodendências* , 14 (1), 57-72.
- Alegre, V. d. (2011). Memórias de uma infância e vínculos afetivos: um estudo quantitativo com consumidores e não consumidores de substâncias. *Universidade Fernando Pessoa*, 1-83. [Fonte eletrónica]
- Algeri, S., Portella, V. C., & Zottis, G. A. (2006). Violência intrafamiliar contra a criança e as atribuições do profissional de enfermagem. *Família, Saúde e Desenvolvimento*, 8 (2), 146-153. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/refased/article/view/7989/5634>
- Alves, A. R., Corredeira, I., Escudeiro, M., Mata, A., & Preto, L. (2008). Da toxicodependência à depressão: consumos, significações e prevalências. *Estudas*, 5-47. Disponível em: <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/5058/1/Estudos-N%C2%BA93.pdf>
- Alves, A. R., Canavez, L. S., & Canavez, M. F. (2010). Factores predisponentes para o uso precoce de drogas por adolescentes. *Cadernos UniFOA* , 14, 57-63. Disponível em: <http://www.unifoa.edu.br/cadernos/edicao/14/57.pdf>
- Araújo, O. B. (30 de Novembro de 2007). Atitude dos Adolescentes Face à Toxicodependência: Estudo de Caso da Escola Secundária Baltazar Lopes da Silva. 5-68. Cabo Verde.
- André, I. M., Almeida, A. N., & Almeida, H. N. (2002). Os maus tratos às crianças na família. *Acta Médica Portuguesa*, 257-267. Disponível em: <http://www.actamedicaportuguesa.com/pdf/2002-15/4/257-267.pdf>
- Arria, A. M., Fuller, C., Latkin, C., Strathdee, S. A., & Vlahov, D. (2002). Drug dependence among young recently initiated injection drug users. *Jornal Drug Issues* , 1089-1102. doi: 10.1177/002204260203200405n
- Austin, T. L., Fetzer, M. D., Lemmon, J. H., & Verrecchia, P. J. (2011). Policy implications of the effects of maltreatment type, age, recurrence, severity, and other ecological risks on

- persistent offending among disadvantaged boys. *Criminal Justice Policy Review* , 22 (2), 187-218. doi: 10.1177/0887403410375843
- Bates, J. E., Dodge, K. A., Lansford, J. E., & Pettit, G. S. (2010). Does physical abuse in early childhood predict substance use in adolescence and early adulthood? *Child Maltreatment* , 15 (2), 190-194. doi: 10.1177/1077559509352359
- Bazon, M. R., Bérigamo, L. P., Mello, I. L., & Pasian, S. R. (2009). O inventário de maus-tratos infantil: estudo de precisão e validade. *Avaliação Psicológica*, 8 (3), 425-435. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/avp/v8n3/v8n3a14.pdf>
- Bazon, M. R., & Bérigamo, L. P. (2011). Abuso físico infantil: avaliando fatores de risco psicológicos em cuidadores notificados. *Psicologia: Reflexão e Crítica* , 25 (2), 256-264. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-79722012000200007&script=sci_arttext
- Bonnie, C. E. (2006). *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 6 (3), 97-115. doi: 10.1300/J160v06n03_08
- Booth, B. M., Carlson, R. G., Falck, R., Garrity, T. F., Leukefeld, C. G., Oser, C. B., et al. (2011). Rural drug users: factores associated with substance abuse treatment utilization. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology* , 55 (4), 567-586. doi: 10.1177/0306624X10366012
- Carey, M. P., & Senn, T. E. (2010). Child maltreatment and women's adult sexual risk behavior: childhood sexual abuse as a unique risk factor. *Child Maltreatment* , 15 (4), 324-335. doi: 10.1177/1077559510381112
- Carpenter, L. L., Faria, A. A., Mello, A. F., Mello, M. F., Price, L. H., & Tyrka, A. R. (2009). Maus-tratos na infância e psicopatologia no adulto: caminhos para a disfunção do eixo hipotálamo pituitária-adrenal. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 541-548. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v31s2/v31s2a02.pdf>
- Castro, M. I. (2004). Do prazer à dependência. *Toxicodependências* , 10 (3), 49-56.
- Cecconello, A. M., Antoni, C. D., & Koller, S. H. (2003). Práticas educativas, estilos parentais e abuso físico no contexto familiar. *Psicologia em Estudo* , 8, 45-54.
- Clinton-Sherrod, M., Gibbs, D. A., Johnson, R. E., Martin, S. L., & Rentz, E. D. (2008). Child maltreatment and substance abuse among U.S. army soldiers. *Child Maltreatment* , 13 (3), 259-268. doi: 10.1177/1077559507313462
- Cruz, M. d. (2006). Menores em risco/perigo uma responsabilidade coletiva. *Universidade Internacional de Lisboa - Centro de Estudos Multiculturais*, 3-39. Disponível em: http://www.multiculturas.com/textos/menores_risco_Conceicao-Cruz.pdf

- Dalton, R. F. (2005). *Cognitive distortions identified with type and frequency of self-reported substance abuse usage*. The Ohio State University
- Day, N. L., Garza, M. A., Kim, K. H., Larkby, C. A., & Parks, S. E. (2011). Lifetime self-reported victimization among low-income, urban women: the relationship between childhood maltreatment and adult violent victimization. *Journal of Interpersonal Violence* , 26 (6), 1111-1128. doi: 10.1177/0886260510368158
- Day, D. M., Girard, T. A., Hart, T., & Wanklyn, S. G. (2012). Cumulative childhood maltreatment and depression among incarcerated youth: impulsivity and hopelessness as potential intervening variables. *Child Maltreatment* , 17 (4), 306-317. doi: 10.1177/1077559512466956
- DSM-IV-TR. (2006). Climepsi Editores.
- Elwyn, L., Ireland, T. O., Park, A., Smith, C. A., & Thornberry, T. P. (2012). Long-term outcomes of young adults exposed to maltreatment: the role of educational experiences in promoting resilience to crime and violence in early adulthood. *Journal of Interpersonal Violence* , 28 (1), 121-156. doi: 10.1177/0886260512448845
- Farate, C. (2000). *O acto do consumo e o gesto que consome - "Risco Relacional" e consumos de drogas no início da adolescência*. Coimbra: Quarteto.
- Feerick, M. M., Haugaard, J. J., & Hien, D. A. (2002). Child maltreatment and adulthood violence: the contribution of attachment and drug abuse. *Child Maltreatment* , 7 (5), 226-240. doi: 10.1177/1077559502007003005
- Ferreira-Borges, C., & Filho, H. C. (2008). *Uso de substâncias: álcool, tabaco e outras drogas gestão de problemas de saúde em meio escolar*. Lisboa: Coisas de Ler.
- Gao, Q., & Zhai, F. (2009). Child maltreatment among asian americans: characteristics and explanatory framework. *Child Maltreatment*, 14 (2). doi: 10.1177/1077559508326286
- Gebara, C. F. (2009). Estudo das crenças dos agentes comunitários de saúde do município de Lima Duarte em relação à violência doméstica contra crianças e adolescentes. *Universidade Federal de Juiz de Fora Instituto de Ciências Humanas* , 8-89. Disponível em: <http://www.ufjf.br/ppgpsicologia/files/2010/01/Carla-Ferreira-de-Paula-Gebara.pdf>
- Gomes-da-Silva, J., Lopes, L., Silva-Araújo, A., Sousa, L. d., & Tavares, M. A. (2002). Drogas de abuso - o discurso da biologia. *Toxicodependências* , 8 (2), 3-16.
- Gomes, I. G. (2008). *Maus-Tratos, Droga e Criminalidade: Uma Trilogia no Feminino*. Universidade de Lisboa Faculdade de Medicina de Lisboa, Lisboa.

- Gonçalves, A. M. (2002). Cuidados diante o abuso e a dependência de drogas: desafios da prática do programa de saúde e família. *Universidade de São Paulo Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto* , 10-200. [Fonte eletrônica]
- Griffiths, M., Lisha, N., & Sussman, S. (27 de Setembro de 2010). Prevalence of the Addictions: A Problem of the Majority or Minority? *Evaluation & the Health Professions* , 4-56.
- Hedgpeth, G. W., Liu, T., & Wojtowicz, J. P. (2007). Factors of addiction. *Crime & Delinquency* , 53 (3), 471-501. doi: 10.1177/0011128706286913
- Hunt, D. E., Hoffmann, N. G., Rhodes, W. M., & Riley, K. J. (2003). Uncope: a brief substance dependence screen for use with arrestees. *Journal of Drug Issues* , 29-44. doi: 10.1177/002204260303300102
- IDT. (2008). Obtido em fevereiro de 2013, de <http://www.idt.pt/PT/Paginas/HomePage.aspx>
- Krausz, M., Li, K., Schuetz, C., Strehlau, V., & Torchalla, I. (2012). The association between childhood maltreatment subtypes and current suicide risk among homeless men and women. *Child Maltreatment* , 17 (2), 132-143. doi: 10.1177/1077559512439350
- Luís, C., Santos, P., & Santana, P. (2006). *O agir do assistente social em projetos de prevenção primária da toxicodependência na adolescência*. Instituto Sueprior de Serviço Social de Lisboa, Lisboa.
- Luís, M. A., & Pillon, S. C. (2004). Modelos explicativos para o uso de álcool e drogas e a prática de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* , 12 (4), 676-682. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n4/v12n4a14.pdf>
- Loper, A. B., Mahmoodzadegan, N., & Warren, J. I. (2008). Childhood maltreatment and cluster b personality pathology in female serious offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment* , 20 (2), 139-160. doi: 10.1177/1079063208317463
- Lorenzi, D. R., Pontalti, L., & Flech, R. M. (2001). Maus tratos na infância e na adolescência: análise de 100 casos. *Revista Científica da AMECS*, 10 (1), 1-6.
- Mathieson, L. C., Reynolds, A. J., & Topitzes, J. W. (2009). Do early childhood interventions prevent child maltreatment?: a review of research. *Child Maltreatment* , 14 (2), 182-206. doi: 10.1177/1077559508326223
- Matos, A. (2005). Algumas comparações sobre o jogo relacional entre o toxicodependente e a sua família. *Toxicodependências*, 3, 53-62.
- Morales, B. N., Plazas, M., Sanchez, R., & Venrura, C. A. (2011). Factores de riesgo y de protección relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de

- enfermeria. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* , 673-683. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19nspe/03.pdf>
- Negreiros, J., & Santana, S. d. (2008). Consumo de álcool e depressão em jovens portugueses. *Revista Toxicodependências* , 14 (1), 17-24.
- Nunes, L. M. (2010). *Análise bibliográfica, do estilo de vinculação e da personalidade, em indivíduos com história de abuso de substâncias e condutas delinquentes*. Universidade Fernando Pessoa , Porto.
- Paiva, S. G. (2007). *Avaliação das Dinâmicas Traumáticas em Casos de Abuso Sexual* (Tese de mestrado). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, Porto. Disponível em: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7276/2/TESE.pdf>
- Peixoto, A. P. (2007). *Maus-tratos na infância - uma perspectiva do bairro da colina*. Universidade Portucalense Infante D. Henrique, Porto.
- Pereira, P. M., & Santos, S. V. (2010). Mau trato à criança: factores de vulnerabilidade e de proteção - guião de conceptualização de caso de criança (6-11) em situações de perigo. 3285-3298. Disponível em:
http://www.actassnip2010.com/conteudos/actas/PsiForense_11.pdf
- Pimenta, M. (1997). A toxicodependência na mulher, gravidez, parto e puerpério. *Toxicodependências*, 3 (1), 31-36.
- Pires, S. (2005). Maus tratos: factor de risco na génese da toxicodependência. *Toxicodependências* , 11 (1), 65-78.
- Pires, S., & Duran, D. (2010). Maus tratos infantis e percursos na toxicodependência. *Revista Toxicodependências* , 16 (3), pp. 3-16.
- Rezende, M. M. (2000). Modelos de análise do uso de drogas de intervenção terapêutica: algumas considerações. *Revista Biociências* , 6 (1), pp. 49-55.
- Rios, K. d., Schelini, P. W., & Williams, L. C. (2010). Inventário de potencial de abuso infantil - CAP: adaptação transcultural, fidegnidade e validade para o Brasil. 10-135. [Fonte eletrónica]
- Rosa, A. (1998). *Toxicodependência: manter a abstinência...prevenir a recaída*. Coimbra: Ediliber.
- Silva, E. D. (2010). *Crianças em risco: projecto de apoio sob os princípios da educação inclusiva*. Lisboa. Disponível em:
[http://recil.grupolusofona.pt/bitstream/handle/10437/1687/Tese%20Beta.pdf?sequence=](http://recil.grupolusofona.pt/bitstream/handle/10437/1687/Tese%20Beta.pdf?sequence=1)

- Skinner, H. A. (2008). *Guide for using the drug abuse screening test (DAST)*. York University, Toronto. Disponível em: <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index3618EN.html>
- Stewart, S. H., & Hoaken, P. N. (2003). Drugs of Abuse and Elicitation of Human Aggressive Behavior. *Addictive Behaviors* , 1533–1554. Disponível em: <http://www.ukcia.org/research/AggressiveBehavior.pdf>
- Vieira, S. M. (1999). *O consumo de tabaco, álcool e drogas e os comportamentos anti-sociais na adolescência: estudo de uma amostra de adolescentes na escola secundária de cerco do porto*.
- Wall, A. E., & Kohi, P. L. (2007). Substance use in maltreated youth: findings from the national survey of child and adolescent well-being. *Child Maltreatment* , 12 (1), 20-30.
- Wells, K. (2009). Substância Abuse and Child Maltreatment. *Pediatr Clin* , 345-362.
doi:10.1016/j.pcl.2009.01.006

Anexos

Anexo A

Título

Guião de condução da entrevista a consumidores de substâncias psicoativas que,
possivelmente, tenham sofrido de maus tratos na infância

Nome da entrevistadora

Carla S. Pereira

Nome do orientador

Doutor Jorge Cardoso, ISCSEM

Guião de condução da entrevista a consumidores de substâncias psicoativas que, possivelmente, tenham sofrido de maus tratos na infância

1ª Fase – Estabelecimento da relação

Abordagem inicial

Apresentação do técnico/Esclarecimento do motivo da entrevista

- ⇒ Sou a Carla Pereira
- ⇒ Sou estudante na Faculdade Egas Moniz, frequento o 2º ano de Mestrado em Psicologia Forense e Criminal e estou a desenvolver a minha tese.
- ⇒ Sabe porque vim cá?
 - Esta dissertação de mestrado tem como objetivo estudar a relação entre consumir e/ou ser dependente de substâncias psicoativas e ter sido vítima de maus tratos na infância.
 - Para a concretização da mesma tem que se fazer uma revisão de literatura, para que se possa investigar se essa relação existe em termos teóricos e também tem que se recolher uma amostra de consumidores e/ou dependentes de substâncias psicoativas para que se possa investigar se essa relação existe em termos práticos.
 - Deste modo, pedimos-lhe a sua colaboração.

Explicar ao indivíduo a necessidade de gravar a entrevista

- ⇒ Gostaria de lhe pedir que deixasse gravar a entrevista para evitar perder informações importantes.
- ⇒ Digo-lhe desde já que a entrevista é para fins académicos e que tudo o que diga é confidencial.

Construção da empatia com o indivíduo

1. Sexo?
2. Pode-me dizer qual é a sua idade?
3. Tinha alguma ocupação/trabalho antes de entrar para a instituição?
4. Gostava do que fazia?
5. Tem algum hobbie que queira falar?

- Se, se sentir cansado pode sempre pedir para fazer uma pausa antes de continuarmos a entrevista.

2ª Fase – Auxiliar o indivíduo a relatar espontaneamente o acontecimento

Agregado familiar

6. Com quem vivia antes de entrar para a instituição?
7. Qual era a sua dinâmica familiar?
8. Tinha ou tem irmãos?
9. Quantos?
10. Quais as suas idades?

- Se, se sentir cansado pode sempre pedir para fazer uma pausa antes de continuarmos a entrevista.

3ª Fase – A entrevista

Consumo de substâncias psicoativas

- Agora vamos falar um pouco sobre a sua entrada no consumo de substâncias psicoativas (Alves, Corredeira, Escudeiro, Mata, & Preto, 2008; Ferreira-Borges & Filho, 2008; Skinner, 2008).

11. Que idade tinha quando experimentou pela primeira vez substâncias psicoativas?
12. Qual foi a substância psicoativa que experimentou em primeiro lugar?
13. Começou a consumir substâncias por iniciativa própria ou por influência de alguém?
 - a. Grupo de amigos?
 - b. Familiares?
 - c. Sozinho?
 - d. Namorada/o?
14. Onde é que costumava consumir substâncias psicoativas? (Espaço físico)
 - e. Café?
 - f. Escola?
 - g. Casa?
 - h. Discoteca/ bar?
 - i. Casa de amigos?
 - j. Rua?

Abuso de substâncias psicoativas

- Agora vamos falar um pouco sobre o seu abuso de substâncias psicoativas (Alves, Corredeira, Escudeiro, Mata, & Preto, 2008; Ferreira-Borges & Filho, 2008; Skinner, 2008).

15. O que o levou a abusar de substâncias psicoativas?

- Fugir dos problemas?
- Aliviar o stress?
- Ter curiosidade em experimentar mais substâncias psicoativas?
- Dormir e descansar?
- Sensações agradáveis?

16. Já abusou de mais de uma substância psicoativa de cada vez?

- Quais?

17. Qual era a substância psicoativa que abusava mais vezes?

18. Costumava sentir-se mal ou culpado quando consumia substâncias psicoativas?

19. Como reagiu a sua família quando se apercebeu que abusava de substâncias psicoativas?

Dependência de substâncias psicoativas

- Agora vamos falar um pouco sobre a sua dependência de substâncias psicoativas (Alves, Corredeira, Escudeiro, Mata, & Preto, 2008; Ferreira-Borges & Filho, 2008; Skinner, 2008).

20. A dependência de substâncias psicoativas trouxe-lhe problemas a que nível?

- a. Namorada/o?
- b. Família?
- c. Amigos?
- d. Trabalho?

21. Alguma vez esteve envolvido em lutas físicas durante o seu estado de dependência de substâncias psicoativas?

22. Considera o seu comportamento diferente quando estava dependente de substâncias psicoativas?

23. Alguma vez cometeu atividades ilegais para obter substâncias psicoativas?

24. Alguma vez teve contacto com a autoridade por ter consigo substâncias psicoativas?

25. Quantas vezes tentou parar de consumir substâncias psicoativas?
26. Procurou ajuda terapêutica por iniciativa própria ou por influência de alguém?
 - a. Namorada/o?
 - b. Família?
 - c. Amigos?
 - d. Sozinho?
27. Acha que a ajuda terapêutica aqui na Instituição é benéfica para deixar de ser dependente de substâncias psicoativas?
28. Como considera o seu estado atual?

- Se, se sentir cansado pode sempre pedir para fazer uma pausa antes de continuarmos com a última parte da entrevista.

Maus tratos na infância

- Agora vamos falar um pouco sobre a sua infância e percurso familiar (Paiva, 2007; Bazon M. R., Bérghamo, Mello, & Pasian, 2009; Bazon & Bérghamo, 2011; Pereira & Santos, 2010; Rios, Schelini, & Williams, 2010).

Maus tratos físicos

29. Na sua infância vivia com quem?
30. Como era a sua dinâmica familiar?
31. Como descreveria a sua relação com os seus pais?
32. Como agiam os seus pais consigo quando se portava mal?
 - Castigavam-no?
 - De que maneira?
 - Alguma vez lhe bateram?
 - Com que intensidade e com que frequência lhe batiam?
 - Alguma vez ficou a sangrar ou com hematomas?

Maus tratos psicológicos

33. Os seus pais costumavam ralhar consigo de que forma?
 - Gritavam?
 - Chamavam-lhe nomes?
 - Ofendiam?
 - Ameaçavam?

Negligência

- 34. Alguma vez os seus pais lhe negaram comida?
- 35. Alguma vez os seus pais lhe negaram cuidados médicos?
- 36. Alguma vez os seus pais o deixaram sozinho em casa sem nenhum adulto?
- 37. Alguma vez os seus pais o deixaram na casa de algum vizinho ou familiar próximo?
- 38. Como era a sua relação com esse vizinho ou familiar próximo?
- 39. O que faziam nesse tempo em que ficava na casa dele?

Exploração infantil

- 40. Alguma vez os seus pais não o deixaram ir à escola para ter que ir trabalhar?
- 41. Alguma vez os seus pais o obrigaram a trabalhar?
 - Com que frequência?

Maus tratos sexuais

- 42. Quem é que lhe dava banho?
- 43. Alguma vez tocaram nos seus genitais propositadamente?
- 44. Alguma vez acariciaram os seus genitais ou as suas partes íntimas?
- 45. Algumas vez beijaram os seus genitais ou as suas partes íntimas?
- 46. Alguma vez o forçaram a ter relações sexuais?

Abandono

- 47. Alguma vez foi abandonado pelos seus pais?

4ª Fase – Final da entrevista

- ⇒ Chegámos ao final da entrevista.
- ⇒ Queremos agradecer-lhe pela sua colaboração e disponibilidade, foi muito importante.
- ⇒ Muito obrigada!